

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 851.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES
CHEZ LES VIEILLARDS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel VIGERIE

Né à Valence (Drôme), le 18 juin 1871.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1893

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 851.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DÈS

OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES

CHEZ LES VIEILLARDS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel VIGERIE

Né à Valence (Drôme), le 15 juin 1871.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophthalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		X.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON, —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (ÉTIENNE).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON.	WEILL.
DEVIC.	ROCHET.	BOUVEAULT, Chargé des fonctions d'agrégé.
DIDELOT.	RODET.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. CONDAMIN, Assesseur; MM. JABOULAY et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

Si l'on considère le nombre de travaux publiés chaque année sur la tuberculose des articulations, il pourra paraître étrange au premier abord que nous ayons également pris l'étude de cette affection pour sujet de notre thèse inaugurale, et cependant, il faut l'avouer, autant sont nombreuses les recherches faites sur la tuberculose articulaire des jeunes sujets, autant sont rares les monographies publiées sur la tuberculose sénile. Cela est du reste aisé à comprendre. Que d'interventions chirurgicales intéressantes peuvent être tentées en effet dans les ostéo-arthrites des enfants et des adolescents ! C'est là que le chirurgien obtient ses plus beaux succès ; souvent il peut compter sur un excellent résultat soit au point de vue fonctionnel, soit au point de vue de la vie de son malade, et la guérison complète de ces graves lésions est fréquente après l'opération. En est-il de même chez le vieillard ? Evidemment non. Ce n'est plus le même terrain, il s'en faut de beaucoup ; la vieillesse et les maladies antérieures ont affaibli la force de résistance de l'homme arrivé aux dernières périodes de la vie, les multiples mani-

festations de l'artério-sclérose aggravent encore le pronostic d'une lésion déjà redoutable par elle-même et le moindre traumatisme, détruisant l'équilibre de cet organisme détérioré, peut être funeste au patient. Nombreuses sont les opérations qu'on ne peut plus employer chez le vieillard et pour ne parler que d'une seule, la résection sous-périostée, par exemple, ne donne plus chez lui les résultats si frappants qu'elle fournit chez les jeunes sujets. Chez l'homme âgé le périoste n'a plus ses propriétés ostéogènes, on ne peut plus compter sur une régénération osseuse, à moins toutefois, comme l'a démontré M. le professeur Ollier, qu'il ne soit soumis à une irritation préalable et encore, à un âge avancé, peut-on espérer un bon résultat ? Nous en doutons fort. Ce sont là quelques-unes des raisons qui font que la tuberculose sénile a été peu étudiée jusqu'ici et pourtant cette affection ne manque pas d'intérêt. Durant notre stage dans le service de notre maître M. le professeur Poncet, nous avons eu l'occasion d'observer et de voir opérer plusieurs malades atteints d'ostéo-arthrite tuberculeuse. La marche des lésions avait eu chez la plupart une allure si particulière, les désordres articulaires étaient fréquemment si étendus que le seul traitement, lorsque l'affection occupait les membres, devait être l'amputation. Dans ce travail, dont plusieurs observations inédites ont été recueillies par nous à la clinique chirurgicale, nous nous proposons précisément d'envisager la tuberculose articulaire chez le vieillard et, d'une manière générale, chez les sujets qui ont dépassé l'âge où les opérations conservatrices pour altérations spontanées

des extrémités osseuses et des parties molles ne peuvent plus être employées.

Bien entendu il nous est fort difficile de préciser une limite d'âge, mais nous pensons, avec la plupart des chirurgiens, et d'après l'expérience de notre Maître, M. le professeur Poncet, que cette limite maximum peut être fixée entre 40 et 50 ans. Déjà, dans cette période et a fortiori plus tard, les manifestations osseuses et articulaires de la tuberculose ne sont guère justiciables d'opérations partielles ; elles exigent des sacrifices étendus. Nous aurons du reste une très large part à faire aux différentes formes cliniques de tuberculose articulaire et à établir des distinctions opératoires suivant que telle ou telle articulation est envahie. Dans un premier chapitre nous étudierons : la fréquence de ces manifestations tuberculeuses chez le vieillard et les causes qui influent sur leur développement. Ensuite nous aborderons l'anatomie pathologique de ces lésions. Le troisième chapitre sera consacré à l'évolution clinique et enfin nous insisterons sur le mode de traitement qu'il convient d'opposer à ces lésions.

Comme on le voit nous donnons la plus grande part dans ce travail, à l'évolution clinique et au traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses et nous nous efforçons, autant que possible, d'appuyer nos assertions soit sur des faits inédits et recueillis par nous dans le service de M. le professeur Poncet, soit sur des observations empruntées à différents auteurs.

Ce travail sera-t-il concluant ? Nous osons l'espérer surtout en pensant que notre Maître M. Poncet a bien voulu nous aider de ses conseils et nous fournir des

observations. Durant notre stage dans son service il nous a sans cesse montré la plus grande bienveillance, n'épargnant ni son temps ni sa peine pour nous être utile. Nous l'en remercions bien vivement. Enfin il a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, c'est un honneur dont nous ne saurions trop lui témoigner notre vive reconnaissance.

M. le D^r Dor, chef du laboratoire de clinique chirurgicale, a été assez bon pour nous montrer les pièces des malades qui font le sujet des observations citées plus loin, il nous a également donné quelques renseignements anatomo-pathologiques, nous lui exprimons ici toute notre gratitude

De la fréquence de la tuberculose articulaire chez le vieillard. — Étiologie.

Pendant fort longtemps les manifestations articulaires de la tuberculose furent considérées comme l'apanage de la jeunesse. On observait bien de temps à autre, chez des sujets âgés, des arthrites ressemblant fort à des lésions tuberculeuses, mais on les mettait alors sur le compte de la scrofule et on les regardait comme des manifestations tardives de cette diathèse.

« Bien que la scrofule débute presque toujours dans l'enfance, disait Milcent, il est une variété de cette maladie qu'on peut appeler tardive et qui n'apparaît que dans la jeunesse ou dans un âge plus avancé mais souvent alors, la première période, celle qu'appartient surtout à l'enfance, fait défaut, et on voit apparaître d'emblée des affections qui, dans la scrofule commune, ne se manifestent généralement que d'une manière secondaire et à une période plus avancée. »

Nous ne voulons certainement pas entrer dans les discussions sans nombre auxquelles la fameuse question de l'identité de la tuberculose et de la scrofule a donné lieu ; mais il nous paraît cependant nécessaire

d'en donner un léger aperçu pour montrer que les athropathies des vieillards, désignées autrefois sous le nom d'arthrites scrofuleuses séniles, ne sont autres que de véritables arthrites tuberculeuses.

Après avoir été longtemps regardée comme une maladie purement locale, la scrofule ne tarda pas à être considérée comme une maladie générale dont on s'attacha surtout à déterminer la pathogénie.

Les théories les plus diverses furent alors émises. Successivement attribuée à une concrétion sanguine des glandes (Celse), à une humeur froide et mélancolique (Vesale), on en vint, après la découverte des lymphatiques, à la considérer comme le résultat d'une altération de la lymphe et des voies lymphatiques. Pour Baudelocque, elle était due à une viciation de l'air respiré; pour Lugol, seule l'hérédité avait de l'influence, et Bazin, dans son célèbre traité, lui faisait embrasser la tuberculose tout entière. De là, une vive réaction; des discussions sans fin s'engagèrent entre les différents auteurs; les uns soutenant l'identité de la scrofule et de la tuberculose, les autres persistant à la considérer comme une maladie spéciale.

Les arthrites fongueuses étaient alors regardées comme l'expression la plus complète de la scrofule. « Elle renferme en elle, disait Bazin, tous les produits que peut engendrer cette maladie, éléments ordinaires de tout travail inflammatoire, pseudo-membranes, sérosité purulente et pus, éléments organiques homœomorphes : tubercules, cellules fibro-plastiques, etc. Toutes les formations anatomo-pathologiques que l'on rencontre isolément dans les autres affections de la scro-

fule se trouvent, pour ainsi dire, associées et confondues dans la tumeur blanche. » Plus loin encore, il ajoute : « Un autre produit anormal, que l'on trouve parfois dans la tumeur blanche, est le tubercule. On l'y rencontre au milieu du liquide de l'épanchement, dans les pseudo-membranes, dans les cellules des extrémités articulaires des os, et jusque dans les cavités creusées dans les cartilages centraux (1). » (Traité de la scrofule.)

Telle était donc pour Bazin, l'arthrite scrofuleuse. Or, Volkmann, en 1879, après avoir longuement étudié la tumeur blanche, constatait que la plupart des arthrites fongueuses étaient consécutives à des lésions des extrémités osseuses et que, le plus souvent, ces lésions étaient purement et simplement de nature tuberculeuse. Dans leur processus d'évolution, ces masses tuberculeuses pénètrent dans l'article, déterminent une infection locale des tissus articulaires et alors apparaît l'arthrite tuberculeuse.

Kiener, étudiant quinze cas de tumeurs blanches dites scrofuleuses, a très complètement décrit l'évolution de la lésion tuberculeuse siégeant dans l'épiphyse. Pour lui, il se forme ordinairement de l'ostéite raréfiante, puis les formations tuberculeuses deviennent caséuses, se ramollissent ; il se produit alors une véritable caverne osseuse pouvant se vider, soit dans l'article, soit au dehors par un pertuis fistuleux.

Que résulte-t-il de ce cours exposé ? C'est que les arthrites considérées autrefois comme dépendant de

(1) Bazin. Leçons sur la scrofule, p. 354.

ce que l'on nommait la scrofule ne sont que des arthrites tuberculeuses. « On peut nettement comparer ce qui se passe dans une jointure à ce qui se passe pour la plèvre. Dans l'appareil respiratoire, c'est en général le poumon qui est le premier atteint, puis la plèvre peut se prendre. De même dans une articulation, c'est l'extrémité osseuse qui se prend, puis il y a propagation à la séreuse » (1). Il est du reste absolument impossible d'établir une distinction clinique entre les localisations tuberculeuses externes se manifestant chez un phtisique et qui ont toujours été considérées comme telles par les praticiens et celles qui naissent spontanément chez un sujet sain en apparence et qui sont considérées comme de simples scrofules. Toutes ces affections peuvent se compliquer à un moment donné de tuberculose viscérale (Charvot).

Il ne nous paraît donc pas y avoir de doute à ce sujet : les lésions articulaires chez les vieillards désignées sous le nom d'arthrite scrofuleuse sénile, de manifestations tardives de la scrofule sont bien d'origine tuberculeuse.

Certes, ces affections sont rares chez le vieillard, mais elles sont loin d'être exceptionnelles comme on le croit généralement. A partir de 30 et de 40 ans les tuberculoses locales diminuent de fréquence, mais à cet âge, on voit encore la plupart des accidents qu'on rencontre chez les jeunes sujets, tels qu'ostéites, tumeurs blanches, fongosités tendineuses.

Il est du reste facile de comprendre la raison de cette

(1) Bouveret. Lyon méd., 1882.

particularité. Dans le jeune âge, en effet, le squelette est soumis à une fatigue toute spéciale. Son énergie vitale se concentre toute entière aux extrémités épiphysaires et c'est là une des grandes causes de ces ostéites et des arthrites qui les compliquent si souvent. Ce n'est du reste pas la seule cause qui entre en jeu. L'hérédité par exemple qui a un si grand rôle dans la tuberculose de l'enfance, de l'âge adulte même, n'a ici qu'une importance absolument secondaire, car elle a épuisé tous ses effets dans le premier âge de la vie (Charvot).

C'est de 30 à 40 ans que l'influence de ces causes commence à diminuer et c'est là une des grandes raisons de la fréquence bien moindre de la tuberculose à un âge avancé, et c'est ce qui a fait que beaucoup d'auteurs ont considéré jusqu'à ces derniers temps la tuberculose ostéo-articulaire comme absolument exceptionnelle chez les vieillards. Paget, le premier, a réagi contre cette idée. « Sans doute, dit-il, les jeunes gens sont beaucoup plus sujets à la scrofule que les gens âgés, mais les vieillards, c'est-à-dire les personnes âgées de plus de 60 ans, sont, je pense, plus souvent scrofuleux qu'on ne le croit généralement et plus fréquemment que les personnes de 30 à 50 ans. »

Divers auteurs se sont occupés de la tuberculose sénile. Parmi ceux que l'on étudie avec soin on peut citer Bourdelais, sa thèse de Paris, 1876 (Scrofule chez le vieillard). Pour lui, la scrofule ne se rencontre pas seulement dans l'enfance et dans la jeunesse, mais elle existe aussi dans un âge avancé. Elle serait plus fréquente chez la femme et primitive dans la ma-

jorité des cas. Ses caractères sont les mêmes que la scrofule de l'enfance, sauf cependant une légère différence dans la lenteur de sa marche. Il lui attribue en outre une tendance marquée à *gagner* les poumons et une terminaison le plus souvent fatale. Enfin, le traitement, qui parfois pouvait faire espérer une guérison définitive, n'a souvent fait, dit-il, que reculer le terme fatal.

Pour lui, comme pour Bazin et la plupart des auteurs, la tuberculose de l'enfant est moins grave que celle du vieillard.

Laconche, qui a étudié également la scrofule sénile (Thèse Bordeaux 1882), a posé des conclusions à peu près semblables à celle de Bourdelais. « La scrofule sénile, dit-il, ressemble à celle de la jeunesse et en diffère seulement par sa plus grande lenteur, par la dégénérescence plus complète des parties affectées. On observe le même ramollissement des tissus, la même ulcération lente, la cicatrisation plus lente encore avec une suppuration contenant des amas granuleux et des granulations plutôt que des cellules de pus bien formées. Mais, malgré sa ressemblance avec une affection aussi bien connue que la scrofule des jeunes gens, la scrofule sénile n'en est pas moins d'un diagnostic difficile.

En effet leur diagnostic est difficile et ceci est dû précisément à leur peu de fréquence. L'attention du chirurgien étant peu attirée sur ce point chez un vieillard il pense d'abord soit à la syphilis, soit au rhumatisme, soit à la goutte, soit à un néoplasme articulaire ou à une arthropathie tabétique avant de penser à la

tuberculose ostéo-articulaire, et les erreurs sont parfois fort difficiles à éviter.

Pour nous résumer nous citerons l'opinion émise par Marsh dans son article sur la tuberculose sénile.

« Les statistiques, dit-il, montrent très clairement que la tuberculose chirurgicale est de beaucoup la plus fréquente entre 3 et 10 ans, mais elle peut apparaître plus prématurément encore. Après dix ans la tuberculose devient de plus en plus rare à mesure que l'âge augmente. Je l'ai rencontrée à tous les âges jusqu'à 70 et 80 ans, mais à chaque période se montre une diminution progressive. L'influence de l'âge sur le diagnostic mérite attention, car dans certains cas une erreur semble avoir été due à ce que la possibilité de rencontrer de la tuberculose chez un malade de 40 à 50 ans ou de 50 à 60 n'était pas venue à l'esprit ou était niée. Il y a environ cinq ans, une femme de 45 ans, vint à l'hôpital Saint-Barthol, elle y a été traitée pendant huit mois par un chirurgien (qui ne l'a du reste pas examinée) pour douleurs rhumatismales et sciatique. En l'examinant complètement, on a constaté qu'elle avait une incurvation angulaire de la colonne et un large abcès lombaire.

« Un autre malade, âgé de 55 ans, qui avait une coxalgie, fut traité pour rhumatisme chronique. De tels cas servent à confirmer cette vérité que la tuberculose se rencontre à tous les âges. Quant à l'âge auquel elle peut être regardée comme sénile, je pense que la limite peut être portée à 50 ans; cette limite est arbitraire, mais elle est tout-à-fait clinique, car les malades

chez lesquels on voit se développer la tuberculose après cet âge ont des tissus qui sont déjà vieux en ce sens qu'ils sont dégénérés (1). »

Étiologie. — Comme nous nous sommes efforcé de le démontrer plus haut, la tuberculose articulaire n'est point aussi exceptionnelle qu'on le croit chez les sujets âgés et la plupart des affections tuberculeuses dues au bacille de Koch, tumeurs blanches, ostéites, fongosités tendineuses, se rencontrent tout aussi bien chez les vieillards que chez les sujets jeunes. Recherchons maintenant les causes qui peuvent avoir sur la production de ces lésions une influence quelconque.

Plusieurs fois on s'est demandé quel rôle pouvait jouer *le sexe* dans l'étiologie des ostéo-arthrites tuberculeuses. Bourdelais, dans la thèse que nous avons citée plus haut, a cru pouvoir dire que le sexe féminin semblait être plus prédisposé que le sexe masculin « aux manifestations tardives de la scrofule ». Laconche, au contraire dans son étude sur le scrofule sénile, ne partage par cette opinion et parmi les cas cités de sa thèse, les observations relatives à des hommes sont de beaucoup les plus fréquentes. De notre côté les malades que nous avons eu l'occasion d'observer nous feraient plutôt pencher en faveur de cette dernière opinion, ou du moins nous porteraient à conclure que les hommes et les femmes sont atteints avec une égale fréquence.

Il est une cause ayant une influence considérable

(1) Marsh. Tub. senile. The Lancet, 1892.

chez l'enfant et qui perd beaucoup de son influence chez le vieillard, c'est *l'hérédité*. Dans l'enfance, dans l'adolescence, dans l'âge adulte même, les antécédents héréditaires peuvent puissamment aider au diagnostic; mais autant est grande son importance dans la première moitié de la vie, autant elle est minime dans la vieillesse. Souvent même cette absence d'antécédents tuberculeux a pu faire commettre des erreurs de diagnostic chez les vieillards et faire considérer comme arthropaties rhumatismales ou syphilitiques de véritables ostéo-arthrites tuberculeuses. Nous devons dire toutefois que dans les tuberculoses chirurgicales, l'hérédité a, en général, assez peu d'influence, sauf pour l'enfant, et chez les tuberculeux d'un certain âge, on rencontre assez rarement des antécédents héréditaires. Audry, dans son Étude sur les tuberculoses de l'épaule, insiste précisément sur cette rareté des antécédents. Evidemment, comme il le dit lui-même, la proportion qu'on établit, ne peut être rigoureusement exacte, car les patients pauvres qu'on rencontre dans les salles d'hôpital ne sont que bien rarement renseignés sur ce point; mais il est cependant absolument incontestable que les antécédents tuberculeux se rencontrent bien plus souvent chez les phtisiques que chez les tuberculeux chirurgicaux. « Nous avons cru pouvoir dire, ajoute-t-il, que l'hérédité des phtisiques s'opérait, en réalité sur l'organe, sur le poumon, parce que le poumon des géniteurs était malade, plutôt que parce qu'ils étaient tuberculeux. L'hérédité de la phtisie pouvait ainsi être réduite à une hérédité de malformation et non à une hérédité d'infection actuel-

lement si contestée. La tuberculose ostéo-articulaire se produisant dans les tissus bien plus que dans les appareils à développement autochtone, elle ne devait, dans cette hypothèse n'affecter que rarement des rapports d'hérédité avec la phtisie, la tuberculose des parents(1). »

C'est également ce qu'a constaté Bourdelais, et Latouche arrive aux mêmes conclusions. Pour eux, la tuberculose sénile semble le plus souvent primitive.

Du reste la question d'hérédité et de contagion si discutée même lorsqu'il s'agit de la phtisie pulmonaire l'est bien plus encore lorsqu'il faut appliquer la production de tuberculose ostéo-articulaire, de tuberculose externe. Ce sujet a été étudié au Congrès pour l'étude de la tuberculose de 1893. « Pour les tuberculoses externes, a dit M. Hérard, telles qu'ostéites, arthrites, abcès froids, synovites, adénites, quelle étiologie peut-on invoquer? Le traumatisme? Certes, il joue un rôle considérable pour la détermination du point même où se manifeste la lésion tuberculeuse, mais il faut quelque chose de plus : la présence du bacille dans l'économie au moment de la violence extérieure. Dans certaines circonstances une plaie à la peau ou sur la muqueuse sera la porte d'entrée, mais pour les ostéites, les arthrites, la cause semble plus difficile à invoquer. Admettons-nous avec quelques auteurs que le bacille peut traverser la muqueuse respiratoire sans y déterminer de lésions tuberculeuses, qu'il peut pénétrer par

(1) Audry et Mondan, Tub. de l'épaule (Revue de chirurgie).

le poumon dans la circulation lymphatique et sanguine pour aller infecter primitivement le testicule, les articulations et les os? C'est là, à mon avis, une hypothèse que rien ne justifie et qui me paraît en opposition avec ce que nous savons de la rareté de l'infection bacillaire du sang. Aussi, dans des cas semblables, tout en concédant que plus d'une fois on a pu méconnaître l'existence de foyers profonds et circonscrits et considérer comme primitives des tuberculoses externes par ce fait secondaire, nous pensons qu'il faut faire une large part à l'hérédité, hérédité le plus souvent évidente, d'autrefois incertaine et obscure (1). »

D'autre part, M. Ducor, chez deux malades atteints de tuberculose externe, a étudié les ascendants en remontant à plusieurs générations et s'est assuré qu'il n'existait aucune tare tuberculeuse. « Les faits, dit-il, montrent qu'à elle seule la contagion peut produire des tuberculoses chirurgicales. »

« Le traumatisme n'a pu inoculer le microbe dans les régions profondes, répond alors M. Verneuil, il a seulement créé des tissus de moindre résistance où se sont développés des microbes jusque-là latents. Or, ces bacilles ne pouvaient se trouver à l'avance juste au point traumatisé. C'est dans le sang qu'ils ont été puisés. Il y avait du microbisme latent. »

Nous ne voulons pas entrer plus avant dans la discussion de cette question qui, du reste, n'est pas encore résolue, cela nous entraînerait beaucoup trop loin et sortirait de notre sujet.

(1) Congrès pour la tuberculose. Bull. Méd., 30 juillet 1893.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que chez les vieillards l'hérédité tuberculeuse manque le plus souvent. De plus, ils sont arrivés jusqu'à un âge avancé sans accidents et leurs lésions antérieures se sont souvent amendées en apparence, du moins au point qu'on ne peut en retrouver des traces.

Dans quelques cas le sujet a eu quelques manifestations scrofuleuses dans son enfance, soit des suppurations ganglionnaires, soit de simples adénites, et ces lésions ont parfaitement guéri.

Une pleurésie par exemple se déclare à un âge avancé, évolue vers la guérison, puis, sans cause connue, sans traumatisme, survient un gonflement d'une articulation, les mouvements deviennent douloureux et finalement impossibles. Ce mode de développement peut faire croire à une hydarthrose, mais tous les traitements restent impuissants, l'amélioration est nulle et on a une tumeur blanche.

Dans une autre série de cas, les malades ont eu dans leur jeune âge une tuberculose externe qui a disparu dans l'adolescence sans laisser de traces. Le sujet se fortifie, sa santé devient excellente, mais lorsque survient l'affaiblissement général qu'engendre la vieillesse, la tuberculose reprend alors ses droits (Chandelux). La caducité sénile est une grande cause de tuberculisation.

« En règle générale, dit Kœnig, l'homme prédisposé, une fois qu'il a dépassé les années de croissance, s'il ne vit pas de façon à favoriser l'influence de cette prédisposition à la tuberculose, acquiert une grande force

de résistance. Mais il y a un grand nombre de cas où des individus tout à fait sains, mais appartenant à des familles prédisposées, sont tout d'un coup atteints de tuberculose à un âge assez avancé. Chez ces sujets, il est incontestable que les tissus présentent une prédisposition analogue à celle qu'ils présentent chez l'enfant ; mais il faut chercher d'autres causes lorsqu'on voit la tuberculose évoluer manifestement chez un homme plus ou moins âgé, soit dans une articulation, soit dans les poumons, soit dans d'autres organes.... Dans ces cas, il n'est pas rare qu'il s'agisse du réveil d'une affection locale ancienne, datant de la première enfance, qui ressuscite après de longues années et devient source de manifestations métastatiques » (1).

Dans un grand nombre de résections orthopédiques, Koenig a vu dans un recoin de l'os réséqué, le foyer tuberculeux, enkysté il est vrai, et la plaie d'opération rallumant la maladie. Ainsi, chez une femme ayant eu une tuberculose du pied à dix ans, le membre devint si douloureux à soixante-dix ans, qu'il fallut l'amputer. A l'intérieur de l'ancien foyer du tibia, on put montrer le tubercule. La malade mourut de tuberculose pulmonaire.

Dans quelques cas, les malades n'ont aucun antécédent héréditaire ni personnel, mais arrivés à un âge avancé, ils ont eu une bronchite qui n'a jamais complètement guéri. Bientôt après survient une tumeur

(1) Koenig. Tuberculose des os et des articulations, trad. p. Liebrecht.

blanche comme dans l'observation suivante extraite des cliniques de Péan :

L. Martin, 66 ans. Entre le 7 mars 1885, salle Cloquet. Pas d'hérédité. Tousse depuis deux ans, a beaucoup maigri depuis six mois. Il y a six mois, abcès spontané au tiers inférieur de la jambe ; ouverture et fistule consécutive.

Depuis deux mois art. tibio-tarsienne envahie elle-même.

Actuellement tumeur blanche tibio-tarsienne avec volumineuses fongosités et large décollement en dehors. Cachexie. Adénite cervicale suppurée. Râles cavernuleux.

Ce sont dans les cas où le sujet ne présente ni hérédité, ni lésions aux sommets que le diagnostic est particulièrement difficile, et à l'époque où la tuberculose des vieillards était considérée comme rare, on prenait fréquemment les arthrites tuberculeuses soit pour des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques, soit pour des manifestations rhumatismales.

Mais il y a des cas où le diagnostic est rendu plus facile par la présence de lésions pulmonaires. Ainsi voici un sujet sans aucun antécédent héréditaire, arrivé jusqu'à un âge très avancé, sans avoir fait aucune maladie sérieuse, qui tout à coup est pris d'une toux persistante, avec hémoptysies. Bientôt une légère douleur apparaît dans une articulation, puis du gonflement survient, une fistule se forme et à l'examen on constate une arthrite tuberculeuse. En vain on essaie le traitement interne, la cautérisation des trajets fistuleux, la cachexie continue sa marche et le malade est emporté par sa tuberculose pulmonaire (Péan).

Chez les malades de ce genre, c'est la tuberculose pulmonaire qui a d'abord fait son apparition. Autre-

fois on ne croyait pas à la tuberculose acquise dans la vieillesse.

Pour Hippocrate, on ne pouvait devenir tuberculeux que de 18 à 35 ans, et beaucoup d'auteurs, jusqu'à ces derniers temps, ont partagé cette opinion. Moureton et Gilbert, dans leurs thèses sur la phtisie pulmonaire chez les vieillards ont au contraire nettement démontré qu'elle était loin d'être une rareté chez les vieillards et qu'elle pouvait évoluer comme chez l'adulte (1). Fuller a pu même dire sans exagération qu'il y a autant de tuberculeux à 70 ans qu'à 15 ans, en tenant compte bien entendu du petit nombre des vieillards relativement à la multitude des adolescents.

Chez un certain nombre de malades pour lesquels on ne peut faire entrer en ligne de compte ni l'hérédité, ni la tuberculose pulmonaire, il y a une cause qui paraît avoir une certaine influence : c'est le *rhumatisme*. Ainsi, chez un sujet parfaitement sain, survient une attaque de rhumatisme articulaire aigu. A la suite de légères fatigues, le gonflement reste localisé à une jointure et une tumeur blanche se développe. M. le professeur Poncet a souvent insisté sur ce fait dans ses cliniques et nombreux sont les cas qu'il nous a cités où les relations entre la tuberculose et le rhumatisme étaient évidentes. Cette cause doit donc être recherchée avec attention. Il en est de même du rhumatisme blennorrhagique. L'alcoolisme paraît également favoriser

(1) Moureton. Tuberculose chez vieillards. Paris, 1863. — Gilbert. Tuberculose chez vieillards, 1885.

le développement de la tuberculose et donner à ses manifestations une certaine gravité.

Comme autre grande cause dont il faut tenir compte, il y a la misère physiologique, les privations, les souffrances, les mauvaises conditions hygiéniques. Le vieillard, affaibli déjà par les progrès de l'âge, est plus sensible que tout autre aux changements d'habitudes, de régime ; les chagrins lui sont toujours nuisibles. L'alimentation insuffisante, par exemple, a les mêmes effets que l'inanition, elle diminue la résistance aux causes accidentelles de maladie et à l'invasion des agents infectieux et souvent on l'a vue concourir chez des sujets à la production de la phtisie pulmonaire.

Mais un des facteurs les plus importants sans contredit dans la production de la tuberculose articulaire est certainement le *traumatisme*. Verneuil, qui a étudié avec un soin tout particulier les effets du traumatisme sur le réveil des diathèses et sur la production des tuberculoses locales, insiste avec raison sur cette cause. Il cite (*Revue mensuelle*, 1877) des cas de tuberculisation d'origine traumatique. Un jeune homme a eu des scrofules bénignes dans la première et la seconde enfance, mais un rétablissement complet, en apparence du moins. Il a une blessure scrotale, puis alors se déclare une induration tuberculeuse de l'épididyme.

« Le tubercule, dit-il, n'est pas un des produits ordinaires de l'irritation traumatique. Cette irritation traumatique ne provoque que la genèse exagérée des leucocytes et la prolifération conjonctive, osseuse

ou épithéliale ; mais, en revanche, à une certaine distance de son foyer, elle peut activer dans le sens physiologique ou pathologique, la nutrition des organes, les hypertrophier ou y faire apparaître les produits caractéristiques d'une diathèse déterminée. La seule condition indispensable est l'existence antérieure de la diathèse sus-dite, latente encore ou seulement assoupie. »

De même Hérard (Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1893). « Certes, le traumatisme joue un rôle considérable pour la détermination du point même où se manifestera la lésion tuberculeuse, mais il faut quelque chose de plus : la présence du bacille au sein de l'économie au moment de la violence extérieure. »

Quoi qu'il en soit, l'influence du traumatisme est absolument indiscutable. On a même cité dans ces derniers temps des cas de phtisie traumatique et M. Lebert (Revue mensuelle) cite des faits où des sujets sont devenus phtisiques à la suite de coups ou de chutes sur la poitrine.

Citons enfin la syphilis qui paraît également être une des causes prédisposantes à la tuberculose, les maladies infectieuses, en général. Ce qui affirme du reste, le pouvoir de toutes les causes débilitantes, ce sont ces manifestations tardives, attendant pour se montrer l'affaiblissement produit par les progrès de l'âge.

Anatomie pathologique des ostéo-arthrites tuberculeuses.

Malgré le nombre considérable de travaux publiés par des auteurs du plus grand mérite sur la tuberculose externe, l'étude de ses manifestations articulaires resta longtemps fort obscure et la confusion qui régnait alors ne cessa que lorsque Bonnet eut décrit pour la première fois, avec netteté, les diverses formes de l'arthrite tuberculeuse.

Pour lui trois variétés principales se rencontraient suivant le siège des lésions. Dans la première la synoviale était indemne tandis que les os étaient atteints ; dans la deuxième forme c'était au contraire dans la synoviale que siégeaient les tubercules alors que les os étaient absolument intacts. Enfin il étudiait une troisième variété de beaucoup la plus fréquente où le processus tuberculeux atteignait simultanément les os et la synoviale. Les premières bases d'une étude rationnelle de la tuberculose articulaire étant ainsi définitivement posées, on chercha aussitôt à déterminer la fréquence du début osseux relativement au début synovial.

Pour Ranvier le début par la synoviale et l'absence de fongosités permettaient de distinguer l'arthrite tuberculeuse de la tumeur blanche qui, elle, débiterait soit par l'os, soit par les cartilages.

Dans ses belles études sur la tuberculose, Lannelongue déclara que l'origine osseuse était la règle. Il ne niait pas l'origine synoviale puisque, en 1878, il rapportait lui-même deux cas de synovite pure tuberculeuse. Dans le premier cas, il y avait des granulations sur un bourrelet fongueux de la cavité cotyloïde; dans la deuxième observation, c'était autour de la rotule que la synoviale formait un bourrelet rougeâtre. « Il est hors de doute, dit-il, que la tuberculose peut apparaître primitivement sur des synoviales articulaires saines jusque là », les synoviales étant alors le siège de néoformations tuberculeuses indépendamment de toute altération de même nature dans les épiphyses. Mais pour lui, dans l'immense majorité des cas, c'est dans les os que se trouve d'abord le tubercule.

C'est aussi l'avis de Wolkman. Les manifestations synoviales ou articulaires, en général, dit cet auteur ont ordinairement leur origine dans un ou plusieurs foyers situés, soit dans les épiphyses, soit dans leur voisinage, foyers d'ostéites, qui d'abord circonscrits, s'étendent peu à peu et finissent par vider dans l'article leurs produits ramolis. »

Müller, cherchant à établir une proportion entre la fréquence relative des deux modes de début de la tuberculose des jointures a obtenu les résultats suivants (Koenig) :

Sur genou	118 cas.
hanche	61 cas.
coude	63 cas.

Il a trouvé :

Type ostéal	158 fois.
Type synovial	46 fois.

A son avis, les affections synoviales paraîtraient être plus fréquentes au genou, tandis qu'à la hanche et au coude, ce serait au contraire le processus ostéal qu'on rencontrerait le plus souvent.

Audry et Mondan, dans leur Étude sur les tuberculoses de l'épaule, ont trouvé que la forme osseuse était plus fréquente que la forme synoviale.

Pour l'articulation tibio-tarsienne, Ollier dans son traité des résections, a écrit que la forme synoviale se rencontrait fréquemment chez l'adulte.

Wolkmann (1) qui s'est longtemps occupé de la tuberculose articulaire a étudié très complètement ses diverses manifestations. Pour lui, le début osseux est plus fréquent dans l'enfance, et le début synovial se rencontre, au contraire, surtout chez l'adulte et chez le vieillard.

En somme, nous pouvons dire pour nous résumer que, suivant Lannelongue, Wolkmann, Koenig, le début osseux est de beaucoup le plus fréquent. « Les cas de lésions considérées comme d'origine synoviale doivent être regardés comme douteux si l'on n'a pas eu soin, non de scier, mais de couper les extrémités osseuses

(1) Centralblatt für chirurgie, n° 24, 1885.

avec un fort couteau, car la scie peut détruire de petits foyers osseux qui passent inaperçus » Mauclore (1).

Il est du reste difficile de distinguer l'arthrite tuberculeuse primitive de l'ostéite des épiphyses où l'articulation n'est envahie que secondairement. Cliniquement, il est même impossible de dire si l'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces manifestations. « Dans quantité de cas, on est loin de se douter des altérations graves des os, des séquestres, des foyers osseux volumineux... Les fistules peuvent se former en n'importe quelle partie de l'articulation, cela dépend de l'endroit où siègent les fongosités dans lesquelles le pus s'est développé; mais d'ordinaire, il y a des points faibles, de sorte que lorsque des fistules ou des abcès se trouvent en d'autres endroits qu'aux lieux de prédilection, c'est souvent l'indice qu'il s'agit d'une affection osseuse » Koenig.

Que de fois chez des individus emportés par une tuberculose des os et des articulations, chez des gens même qui déjà avaient été opérés, on trouve des foyers anciens qui, selon toute probabilité, peuvent être considérés comme point de départ de la tuberculose ostéo-articulaire !

Rien n'est plus facile que de se faire une idée de l'évolution de l'affection lorsqu'elle est secondaire. Voici, par exemple, un sujet qui pendant de longues années a joui d'une santé excellente. Survient un refroidissement, une pleurésie, une bronchite qui ne guérit pas, il tousse de temps à autre, quelques hémop-

(1) Mauclore. Gaz. des Hôpit.

tisies peuvent se produire et le malade maigrit. Qu'un traumatisme même léger vienne créer sur un article, un « locus minoris resistentiæ », et on pourra voir se développer tous les symptômes de l'arthrite tuberculeuse.

C'est un cas fréquent que de voir la tuberculose ostéo-articulaire se développer chez un sujet ayant un foyer caséeux en un point quelconque de l'organisme et, suivant Kœnig, après les traumatismes graves, la tuberculose se déclarerait le plus souvent dans les os. Le bacille de Koch a, en effet, de nombreuses voies de propagation. Dans ces dernières années, le rôle important du système lymphatique dans l'infection tuberculeuse a été fréquemment étudiée, et Weigert a publié un long travail sur ce sujet. Suivant cet auteur, trois voies s'offrent nettement à la diffusion du bacille: l'une mécanique, créée par l'expiration, la déglutition, par les efforts de toux; l'autre par la contiguïté du foyer primitif; enfin, une dernière voie fort importante, est constituée par les lymphatiques et les vaisseaux sanguins. Etudions maintenant les lésions que l'on rencontre dans les ostéo-arthrites tuberculeuses.

Lésions des os. — Lorsqu'on examine un os atteint d'ostéite tuberculeuse, on y voit de nombreuses pertes de substance. Dans quelques circonstances on n'en peut trouver qu'une seule, mais dans l'immense majorité des cas, les lésions sont multiples et leurs formes sont variées à l'infini. Kiener et Poulet (1) ont fort bien étudié les différentes formes

(1) Kiener et Poulet, Arch. de physiol., 1883.

du tubercule osseux et donné une bonne classification des lésions qu'il détermine. Pour eux, il y a une première forme : le tubercule primitif et chronique se développant dans un os sain chez un sujet vigoureux, le plus souvent solitaire, parcourant ses divers stades avec lenteur et régularité, ne provoquant dans les tissus voisins aucune réaction inflammatoire ou seulement une réaction modérée et éliminatrice. Parfois ce tubercule a un développement centrifuge, ayant parcouru en son centre toute son évolution, tandis qu'il est en voie d'extension à sa périphérie. Il arrive ainsi jusqu'aux surfaces articulaires qui paraissent éburnées et dépouillées de cartilage. Dans les tissus voisins, pas de réaction favorable et par suite aucune tendance naturelle à la guérison. L'ostéite condensante y prédomine, à peine au centre constate-t-on l'ostéite raréfiante. D'autres fois, le tubercule primitif chronique est circonscrit. « C'est une nodosité à peu près sphérique, donnant à la coupe une tache blanche nettement circulaire, au niveau de laquelle le réseau trabéculaire est nettement condensé et la moëlle relativement anémique. » Puis finalement il se forme un séquestre de forme arrondie, d'aspect blanc opaque, profondément remanié par une ostéite à la fois condensante et racifiante dans laquelle la condensation prédomine.

La deuxième forme décrite par Kiener et Poulet est le tubercule tardif à évolution rapide. « L'organisme est déjà épuisé par les suppurations auxquelles a donné lieu le tubercule primitif. » La marche de ces tubercules est plus rapide, ils suppurent plus fré-

quemment et provoquent sur les tissus voisins la formation de fongosités abondantes.

Enfin, ils ont également étudié une troisième forme qui est l'ostéite tuberculeuse aiguë, envahissante et suppurée à extension presque diffuse, à toute une épiphyse, à caractère nettement inflammatoire et à marche rapide.

Parfois on trouve sur les os, de grandes brèches formées par des lésions qui se sont étendues soit vers la périphérie, soit vers le centre entraînant de grandes destructions osseuses. De là des déformations considérables allant parfois jusqu'à la disparition complète de toute la calotte épiphysaire. C'est ce que l'on observe dans la tuberculose de l'épaule, où dans quelques cas, le col chirurgical se met en rapport avec la cavité glénoïde.

Le même fait se retrouve à la hanche et les portions qui manquent à l'os se rencontrent sous forme de séquestres de volume variable, infiltrés de pus et encore modérément adhérents aux masses fongueuses. (Audry. Tuberculoses de l'épaule.)

L'extension de la lésion primitive peut se faire soit vers le centre, soit vers la périphérie et c'est du reste là une chose fort difficile à constater lorsque le processus tuberculeux est ancien et a acquis une certaine intensité. Telle lésion qui, au début, a été située à la périphérie, a pu s'étendre vers le centre ; telle autre au contraire, qui a pris naissance au centre, a pu se propager vers la périphérie, et il est facile de comprendre dans cela quelle peine on doit avoir à déterminer le point exact où a siégé primitivement la lésion.

Dans quelques cas on voit une lésion bien délimitée, présentant des portions désagrégées, caséuses, des fongosités renfermant des amas caséux. Autour se trouve une zone purement inflammatoire, une zone de réaction : c'est alors le tubercule caséo-fongueux en pleine activité.

D'autres fois, on a un centre jaunâtre avec fongosités vasculaires, mais alors nettement circonscrites ; le tout est enfermé dans une petite caverne parfaitement délimitée d'où on peut l'extraire : c'est le tubercule caséo-fongueux en voie d'extinction.

On a observé aussi des os dont les extrémités étaient réduites à l'état de séquestres emprisonnés dans des fongosités saignantes ; ou bien de grands séquestres éburnés de consistance ferme due à l'ostéite condensante. Pour Kœnig, le séquestre a souvent la forme d'un coin à base dirigée vers l'articulation, à sommet tourné vers la moëlle osseuse. « Ces nécroses tuberculeuses, dit-il, à sommet dirigé vers la diaphyse, porteraient à croire que cette tuberculose est produite par l'introduction d'agents multiples donnant naissance à de la tuberculose par l'intermédiaire de la circulation artérielle. Ils seraient dus à ce que de petits bouchons tuberculeux, de petites masses caséuses renfermant des bacilles, sont entraînés par le torrent circulatoire dans les os et viennent s'y arrêter dans quelque petit vaisseau. Or, il n'y aurait pas de nécrose, si un certain nombre de bacilles et de spores n'étaient attachés à ce bouchon et entraînés jusque dans les ramifications terminales du

« vaisseau qu'ils obstruent en même temps qu'ils
« propagent le germe tuberculeux. »

Que deviennent ces foyers osseux ? Dans quelques cas heureux il y a une cicatrisation complète, le processus morbide ne dépassant pas la limite qui lui est tracée par la zone de réaction ; mais dans le plus grand nombre des faits la cicatrisation est loin de se faire. Au milieu du foyer guéri en apparence subsistent quelques granulations tuberculeuses restant de nombreuses années indolores, puis survienne un traumatisme et la lésion réapparaît. C'est la récurrence tuberculeuse (Kœnig).

Lésions de la synoviale. — Lorsque la matière tuberculeuse est formée, il n'est pas rare qu'elle subisse de nombreuses transformations qui aboutissent à sa résorption, mais souvent de nombreux pertuis se forment dans l'os et elle se déverse soit à l'extérieur soit dans une articulation voisine, soit dans les parties molles. « Rien n'est variable comme la réaction des
« tissus au contact de cette matière infectieuse. Dans
« certains cas, elle se borne à l'exsudation d'un liquide
« clair et séreux, pauvre en leucocytes ; d'autres fois
« la réaction est plus franchement inflammatoire. Les
« parois des abcès qui en résultent, présentent des
« degrés d'organisation variables : ici, tout se borne à la
« formation d'une couche molle, très mince, lisse, reposant sur une paroi indurée sans trace de bourgeons
« charnus et de tubercules ; là, au contraire, une réaction formative intense se traduit par le développement de tissus fongueux qui s'étalent en membranes

« de revêtement sur la paroi des pertes de substance
« et finissent par envahir les parties molles, notamment
« le tissu adipeux sous-cutané. » Kiener et Poulet.

Nous ne voulons pas entrer dans de longs détails sur l'histologie pathologique des ostéo-arthrites tuberculeuses, car ceci nous entraînerait trop loin, nous en dirons simplement quelques mots.

Avant la découverte du bacille de Koch on ne savait exactement à quoi attribuer ces arthrites tuberculeuses, aussi lorsque, en 1883, Koch eut décrit le bacille spécifique, s'empessa-t-on de le rechercher dans les fongosités, dans le pus, afin d'assurer le diagnostic. Dans quelques cas on le trouva seul, dans d'autres on le trouva associé à d'autres espèces pyogènes et enfin dans certaines observations on nota son absence totale.

La première question que l'on chercha à résoudre fut de savoir si le bacille de Koch avait des propriétés pyogènes, et l'on reconnut qu'il était pyogène par lui-même et par ses produits de sécrétion. Dans nombre de cas, M. S. Arloing obtint du pus par inoculation d'une culture pure de bacille tuberculeux.

En 1891, Babes, au Congrès de la tuberculose, discuta la fameuse question des associations microbiennes dans la tuberculose articulaire et avança ce fait : que, loin d'empêcher le développement du bacille, les microbes surajoutés activaient encore son développement. Il y aurait donc deux formes de tuberculose ar-

ticulaire, à savoir : une tuberculose pure où le bacille agirait seul et une tuberculose mixte où son action serait augmentée de celle de microbes surajoutés. Cette tuberculose pure aurait une marche moins rapide que la tuberculose mixte où les symptômes montreraient une plus grande intensité et une acuité plus considérable. Par les progrès de la tuberculose se montreraient des fistules, puis, par ces fistules les microbes étrangers envahiraient l'articulation où ils continueraient leur évolution de concert avec les bacilles tuberculeux. Comme signe important de cette deuxième variété il y aurait le « pus chaud » bien différent du pus froid caséux de la tuberculose pure (Mauclaire).

Nous venons de voir comment évoluent les lésions tuberculeuses dans tous les cas de tuberculose articulaire qu'il s'agisse d'un sujet jeune ou d'un sujet âgé, étudions maintenant les particularités de début et d'évolution que prennent les ostéo-arthrites chez les vieillards en particulier. Les différences ne sont pas très grandes dans beaucoup de cas. Le début synovial paraît se rencontrer avec une certaine fréquence chez eux. « La forme synoviale primitive de la tuberculose articulaire, dit Wolkmann, atteint surtout les adultes et les vieillards. Elle attaque une seule jointure, par exemple le genou. Les tubercules miliaires qui envahissent la synoviale en grande quantité évoluent, soit accompagnés de cavernes et de granulations soit sans celles-ci. Dans le premier cas nous sommes en présence de la forme fongueuse habituelle, dans le second cas, c'est l'affection torpide des jointures, celle dont

nous nous sommes occupé sous le nom d'abcès froids. Cette forme se trouve d'ordinaire chez les gens âgés, et paraît devoir faire porter un pronostic défavorable. »

Dans quelques observations recueillies dans les cliniques de Péan, on trouve des sujets où, à l'examen, les cartilages étaient malades, la synoviale complètement dégénérée, mais les os paraissaient intacts.

Marchand, pratiquant l'amputation chez une femme de 52 ans, trouva toute l'articulation du genou remplie de pus et les os intacts.

Arnaud, dans son Étude sur l'arthrite tuberculeuse primitive, cite l'observation d'un sujet de 47 ans où, à l'autopsie, on trouva les lésions suivantes : « Tissu cellulaire sous-cutané et plans aponévrotiques normaux. L'articulation ouverte laisse écouler une petite quantité de synovie un peu louche. La face interne de la synoviale est épaissie, rougeâtre, rugueuse par place, mais ne présente pas de vraies fongosités... Le revêtement cartilagineux est conservé sur les surfaces articulaires sans lésions apparentes, seul le cartilage rotulien est légèrement érodé. Les surfaces osseuses paraissent saines. Sur une section verticale, aucune granulation, aucun changement de coloration qui puisse déceler une altération tuberculeuse. » (Arnaud, Revue de chirurgie, 1883.)

En somme, les cas où les os ont été découverts sains sont fort peu nombreux, relativement à ceux où ils présentaient des altérations tuberculeuses. Il est, du reste, fort difficile de juger du début, car les malades se présentent, en général, à une période trop avancée

pour qu'on puisse nettement se prononcer soit en faveur du début osseux, soit en faveur du début synovial.

Au sujet des lésions osseuses, M. le Dr Dor, chef du laboratoire de clinique chirurgicale, a bien voulu nous montrer une pièce fort intéressante, provenant d'un homme de 63 ans, atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. Le fémur était énorme et les condyles excessivement hypertrophiés. En coupe, on voyait une multitude de tubercules d'un volume très considérable et bien plus nombreux qu'on ne le constate d'ordinaire chez les jeunes sujets. C'étaient des tubercules centraux.

Dans un cas, M. Dor a trouvé des tubercules du volume d'une petite noix. De plus, ces tubercules remontent à une très grande hauteur dans l'os. Chez le vieillard, en effet, le cartilage de conjugaison n'existe plus ; or, bien qu'il puisse être atteint par les produits tuberculeux, il n'en constitue pas moins, chez les jeunes sujets, une sorte de barrière qui empêche souvent les tubercules de remonter très haut dans la diaphyse. Chez le vieillard, au contraire, ils s'étendent très loin dans le corps de l'os, l'envahissent dans des proportions considérables et ce fait anatomo-pathologique est encore une preuve de l'inutilité de la résection dans beaucoup de cas, car on n'est jamais sûr de tout détruire. Aussi, l'amputation, surtout dans les cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, doit-elle être préférée à la résection.

Ce sont là les seules particularités anatomo-pathologiques que nous puissions citer chez le vieillard. Dans beaucoup de cas, les lésions ont une grande analogie avec celles des sujets jeunes.

Evolution clinique des ostéo-arthrites tuberculeuses chez les vieillards. — Diagnostic.

Dans ce chapitre, que nous destinons à l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses de chaque articulation prise à part, nous n'entrerons certainement pas dans tous les détails de l'évolution de ces lésions. La douleur, le gonflement, la formation d'abcès, l'aspect général, en un mot, de l'article atteint de tuberculose ne diffère pas sensiblement chez les sujets âgés et chez les jeunes gens où on l'a tant de fois étudiée. Le seul fait que nous chercherons à mettre en lumière, en nous basant uniquement sur les observations que nous avons pu recueillir, c'est l'étendue des lésions chez le vieillard et leur marche progressive. Chez les personnes d'un certain âge, en effet, comme nous le montrerons plus loin, le processus tuberculeux prend souvent un caractère d'acuité si considérable, que le traitement conservateur ne peut donner que des résultats incomplets.

Bien que cette manière d'envisager la question, en étudiant chaque article en particulier, nous expose à

des répétitions, nous croyons devoir l'employer pour apporter plus de clarté dans cette étude, et outre les faits que nous citons ici, on trouvera, à la fin de ce travail, un certain nombre d'autres cas de tuberculose articulaire empruntés à divers auteurs.

TUBERCULOSE DU PIED.

Parmi les observations que nous possédons de tuberculose ostéo-articulaire chez des vieillards, les cas de tuberculose du pied occupent une large place et elle paraît se rencontrer chez les vieillards avec une certaine fréquence.

Quel que soit l'âge du malade, il est deux formes que l'on peut observer : la forme aiguë et la forme chronique.

Mollière (Cliniques chirurgicales) a fort bien étudié les tuberculoses du pied et comme exemples il cite précisément deux cas développés chez des vieillards. « On peut trouver, dit-il, plusieurs modes d'envahissement du pied dans la tuberculose. La première forme est la forme rhumatismale aiguë. C'est une forme rare, insidieuse. Le malade a de la fièvre, le pied est tuméfié, parfois toutes les articulations sont prises, je l'ai observée quelquefois. Dans certains cas on croit à une attaque de rhumatisme articulaire aigu, le salicylate de soude échoue, puis il reste une tuméfaction douloureuse du pied, avec arthrite, menace de suppuration. » Cette forme s'observe chez les adultes assez fréquemment mais il n'est pas rare de la rencontrer chez les vieillards et le malade que cite Mollière en est la preuve.

Il y a également une forme très aiguë qui se localise entièrement sur un joint de l'organisme. Il y a envahissement immédiat de toutes les articulations du pied. Cette forme se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes.

Après ces cas aigus, on trouve également des cas chroniques, évoluant avec une assez grande lenteur mais n'en aboutissant pas moins à des lésions très étendues.

Leur début peut être osseux ou synovial. Parfois l'envahissement des os et de la synoviale se fait en même temps. Dans les formes où le début est osseux, ce qui pour Lannelongue serait pour ainsi dire la règle, chez les enfants surtout, le tubercule initial a pour siège le cuboïde, l'astragale, les malléoles et presque toujours il existe en des points très limités. Dans la thèse d'Audry sur les tuberculoses du pied (Lyon 1891) il y a plusieurs observations se rapportant à des sujets âgés. Chez un vieillard de 63 ans on trouva dans le calcaneum un séquestre central et très vasculaire ; dans un autre cas, chez un homme de 62 ans, porteur d'une lésion de huit mois et demi, on trouva, après amputation, une infiltration tuberculeuse occupant toute l'extrémité de la malléole interne ; il y avait quelques fongosités dans l'articulation tibio-tarsienne et dans les gaines.

Dans l'observation de M. Moty que nous rapportons plus loin, où il s'agit d'un homme de 57 ans, porteur d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied rapidement développée, « on trouva le cuboïde et le scaphoïde intacts mais le calcaneum et l'astragale

étaient soudés entr'eux et présentaient tout autour de leur ancienne articulation des foyers d'ostéite raréfiante se propageant sur le calcaneum du côté du tendon d'Achille. Stalactite osseuse du côté externe de l'astragale et effondrement de sa face calcanéenne de telle sorte que la surface opposée à la portion péronière de la mortaise surplombait une sorte d'ulcération astragalo-calcanéenne ». De nombreuses ulcérations se rencontraient aussi sur le tibia et sur le péroné.

Dans beaucoup de cas la lésion tuberculeuse initiale peut se présenter sous la forme d'une véritable infiltration caséeuse entée sur de l'ostéite raréfiante, étendue en nappe dans l'épiphyse du tibia dont elle isole les cartilages ou occupant l'extrémité des malléoles (Audry). Parfois les fongosités se réunissent en foyers entièrement intra-osseux et pénètrent dans l'articulation par un fin pertuis qui donne passage à du pus. C'est surtout dans les malléoles que l'on rencontre des séquestres.

La forme synoviale pure n'est pas rare chez le vieillard. Dans ces cas les mouvements ont conservé leur amplitude ordinaire, mais il y a une tuméfaction marquée, les ligaments se relâchent et on a alors la tumeur blanche vraie.

Dans l'immense majorité des cas il est fort difficile de déterminer la région qui a été le siège du tubercule initial. Le plus souvent, en effet, les malades se présentent alors que l'envahissement des tissus est déjà fort prononcé et, même les pièces en main, on ne peut préciser le siège du début.

M. le professeur Tripier, dans un de ses cours d'ana-

tomie pathologique, nous a présenté les pièces d'un malade de 52 ans du service de M. Pollosson. Les lésions articulaires étaient très marquées ; la synoviale tibio-tarsienne était tapissée de fongosités, tuméfiée et formait un bourrelet énorme entre les deux surfaces articulaires. A la face interne du tibia et de l'astragale se trouvaient de grandes ulcérations irrégulières, rougeâtres ; en d'autres points sur la surface articulaire, l'os était profondément nécrosé. Sur les deux os apparaissaient une série de points jaunâtres, arrondis, indurés.

Pour M. le professeur Tripier, le début des lésions tuberculeuses aurait eu lieu à la fois dans les parties molles. « Il y a eu, dit-il, infection générale portant sur les os et les parties molles en même temps que l'article est pris. »

Mollière, établissant un parallèle entre la tuberculose du pied, chez les enfants, les adultes et les vieillards, a dit : « Chez les enfants c'est par les os que débute le plus souvent la tuberculose. Ils se tuméfient, deviennent douloureux, la peau rougit, s'ulcère et une fistule s'ouvre. Les articulations séparées du foyer osseux par une épaisse couche de cartilage ne sont souvent que tardivement enflammées. La guérison spontanée est fréquente.

« Chez les adolescents, la tuberculose, tout en frappant un plus grand nombre d'os du tarse, débute aussi par les os ; la diaphyse du tibia est également souvent atteinte. L'invasion d'emblée par les os est donc la forme qu'on observe le plus ordinairement chez les sujets jeunes.

« Quand les patients approchent de la quarantaine, la tuberculose du pied débute par les synoviales articulaires; on a d'emblée une tumeur blanche » (Mollière).

Les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied sont toujours fort graves et, outre le danger qui résulte du voisinage d'autres articulations permettant à la maladie de se propager avec une grande rapidité, la guérison spontanée est plus difficile que celle des arthrites du genou ou de la hanche, et chez les sujets âgés, la majorité de ces lésions ne guérissent pas sans intervention. Elles prennent rapidement, en effet, une marche suraiguë chez le vieillard et il importe de ne pas s'attarder à employer un traitement conservateur. Le malade qui fait l'objet de la clinique de Mollière, dont nous parlions plus haut, avait eu en quelques semaines, le pied considérablement atteint et il se cachectisait déjà.

Que dirons-nous des symptômes ? Rien de bien particulier dans ces lésions ne peut nettement différencier leur marche de celle qu'on observe sur les jeunes sujets. Ce sont les signes habituels qui permettent de faire le diagnostic de cette affection, diagnostic parfois difficile à cause de la ressemblance que présente l'évolution de ces ostéo-arthrites avec celle du rhumatisme, et du myxome du tarse, par exemple.

TUBERCULOSE DU GENOU.

Le genou est, sans contredit, le siège de prédilection de la tuberculose ostéo-articulaire, aussi bien chez les jeunes sujets que chez les gens âgés.

Au point de vue clinique, il n'y a pas une très grande différence entre une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou développée chez un vieillard et celle développée chez un jeune homme. On y observe toujours le gonflement, plus considérable cependant, chez le vieillard, comme nous nous l'avons noté dans quelques cas, la douleur, l'empâtement, puis les déformations, les luxations spontanées qu'on rencontre dans l'enfance et dans l'adolescence, mais tandis que dans la première moitié de la vie, ces lésions évoluent avec une certaine lenteur, permettant d'employer un traitement cousevateur, chez le vieillard, au contraire, elles atteignent promptement une gravité telle que l'on doit avoir recours, d'emblée à un traitement radical supprimant le foyer dangereux.

C'est dans l'épiphyse du tibia que débudent le plus fréquemment les lésions osseuses. Ceci ne veut certainement pas dire que toutes les parties osseuses qui entrent dans la composition de cette articulation ne puissent être atteintes. La rotule elle-même peut être envahie par des amas tuberculeux, qui pénètrent dans l'articulation après avoir perforé le cartilage diarthrodial, mais c'est le tibia qui, incontestablement, est atteint au début, dans la plupart des cas. Parfois, les altérations s'étendent au fémur et il n'est pas rare de voir, dans les cas anciens, les lésions se correspondre comme s'il y avait propagation directe d'un os à l'autre.

C'est là aussi que l'on rencontre cet énorme gonflement des condyles et des tubercules intra-osseux en quantité innombrable. Sur les condyles du fémur, on voit aussi le séquestre éburné dans les ostéo-arthrites

anciennes, à marche lente, qui après avoir paru guérir spontanément pendant plusieurs années, donnent lieu à des accidents et réclament l'amputation. (Ollier. Traité des résections.)

Au point de vue de l'évolution nous citerons plusieurs observations empruntées à l'étude intéressante publiée par Marsh dans le Lancet. (The Lancet 1890.)

« Le cas suivant, dit Marsh, mérite d'être relaté comme un exemple typique de tuberculose sénile. Un homme de 63 ans, qui en paraît 70, vient consulter pour son genou. D'après lui, depuis deux mois environ, l'articulation est faible, douloureuse, raide et légèrement gonflée. Je fis le diagnostic de rhumatisme sénile comme cela se rencontre si fréquemment. J'ordonnai une série de quatre vésicatoires et du repos en recommandant au malade de marcher le moins possible. A la visite suivante, quinze jours après, la synoviale était encore plus épaisse et plus gonflée, la peau avait une chaleur absolument anormale, et présentait une coloration quelque peu brune et luisante. Alors j'en vins à penser que l'affection pouvait être de nature tuberculeuse et, examinant les poumons du malade, j'y trouvai des signes non douteux de bacillose. Quinze jours après, l'article suppurait et une collection purulente s'était formée sur la tête du tibia. Le malade fut alors admis à l'hôpital. Le lendemain, il y eut ouverture spontanée de l'abcès et écoulement d'environ une demi-once de pus caséeux. La fistule qui en résulta n'avait aucune tendance à se refermer. Pendant deux mois, la jambe fut laissée dans une attelle qui assurait un repos complet; mais il y avait toujours augmentation du gonflement et de l'épaississement de la synoviale. De plus, les muscles de la jambe s'atrophiaient peu à peu, la toux devenait plus fréquente et l'expectoration franchement purulente. On discute la question de savoir si malgré l'envahissement des poumons par la tuberculose, l'amputation pouvait être risquée. Le danger résultant de

l'opération semblant moindre que celui de laisser le malade confiné au lit avec une température atteignant souvent 102 F. j'amputai le malade. La plaie guérit par première intention dans toute son étendue et ne fut pansée qu'une fois. L'amélioration de l'état général fut rapide. Il gagna vite de l'embonpoint et la température redevint normale. »

Ce cas, ajoute Marsh, est digne de remarque, non-seulement comme exemple de tuberculose sénile, mais encore pour trancher la question de savoir si l'amputation peut être faite sans danger alors même qu'il y a phtisie.

M. Thomas Smith a également décrit un cas d'arthrite sénile observé par lui. Un épanchement s'était formé dans le genou, tout à fait subitement et l'amputation s'imposait. A l'autopsie on trouva le cartilage disparu en grande partie, les ligaments relâchés, la synoviale parsemée de granulations tuberculeuses. L'article contenait une grande quantité de liquide sanguinolent.

L'observation suivante, provenant d'un malade que nous avons pu voir dans le service de notre Maître, M. le professeur Poncet, donnera une idée nette de l'évolution des lésions dans les ostéo-arthrites tuberculeuses séniles. Les symptômes ont été étudiés un à un et permettront de se rendre facilement compte de la marche progressive de la tuberculose dans ces cas. De plus elle montre bien l'étendue des tubercules osseux et la nécessité d'intervenir énergiquement. L'observation a été prise par M. le Dr Rivière, alors interne de service.

A... Victor, 65 ans, facteur du télégraphe, retraité, né dans l'Indre-et-Loire, entre le 2 juin 1892, dans le service de M. le professeur Poncet, au Grand Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, n° 6.

Père et mère morts de vieillesse, trois frères bien portants. Il a eu un frère et deux sœurs qui sont morts à 8 ans et à 16 ans, d'affections indéterminées. Il est marié, sans enfant, et sa femme a une très bonne santé. Ni syphilis, ni tuberculose. Bonne santé jusqu'à l'époque où il fit son service militaire dans les cuirassiers. Il eut deux fluxions de poitrine, l'une à 17, l'autre à 25 ans, ayant duré trois semaines, à début brusque, sans convalescence longue et rien ne peut faire supposer qu'il se soit agi d'atteintes tuberculeuses. Il y a un mois, à la suite de frictions térébenthinées, il eut un peu de cystite, mais auparavant il n'a jamais eu d'antécédents urinaires d'aucune sorte.

L'affection pour laquelle il rentre à l'hôpital a débuté il y a quatre ans et demi par des douleurs vives dans le genou gauche ; ces douleurs apparaissaient dans la marche et les mouvements, mais d'emblée elles furent spontanées, c'est-à-dire qu'après une journée de fatigues, le soir, dans son lit, il avait des douleurs lancinantes dans le genou, sous forme de très fortes crises durant cinq à dix minutes, et se renouvelant assez souvent dans la nuit pour troubler le sommeil du malade. Dès le début de la maladie les douleurs étaient bien nettement limitées au genou.

La tuméfaction apparut dès le début, la peau était luisante, sans les arborisations veineuses que l'on constate actuellement. Il n'y eut pas à l'origine impotence absolue du membre le malade pouvait encore marcher, mais bientôt une canne lui fut nécessaire, puis une béquille et finalement il lui fut impossible de faire un pas.

Dans le cours de la première année, la jambe commença à se fléchir sur la cuisse, puis il prit alors la position qu'il a actuellement (abduction de la cuisse, flexion de la jambe, position de la fracture du col.

Pas d'amaigrissement notable au début. Ce qu'il y eut de remarquable dans l'évolution, ce furent des alternatives d'amélioration ou d'aggravation : certains jours il pouvait très bien marcher ; dans d'autres, il était obligé de rester couché.

Depuis une quinzaine de jours, aggravation de tous les symptômes, perte de forces, séjour au lit, perte de l'appétit. Peu de retentissement sur l'état général, en particulier, peu d'amaigrissement, faciès très coloré ; en un mot, l'aspect du malade est loin d'être cachectique.

Etat actuel. — Douleurs. Mêmes caractères que ceux décrits plus haut ; en dehors des mouvements de pression déterminée, des douleurs lancinantes, tous les points articulaires sont le siège de douleurs à la pression, et de plus, cette douleur est beaucoup plus prononcée sur les extrémités osseuses : plateau tibial, condyle, fémoral, mais elle se continue également sur le fémur et le tibia, jusqu'à une certaine hauteur. Le moindre mouvement de flexion ou d'extension détermine une douleur intolérable.

La tuméfaction est considérable. La peau est tendue, luisante, et sur la face externe il paraît y avoir une tumeur du volume d'une tête d'adulte. Sous la peau, de nombreuses veinules dilatées formant un réseau bleuâtre.

Les os paraissent plus volumineux qu'à l'état normal, les mensurations sont difficiles à cause de la tuméfaction des parties molles. Cependant elles donnent :

Tibia, épaisseur : à gauche 10 cent. 6 à droite.

Fémur, épaisseur : à gauche 15 cent. 9 à droite.

La tuméfaction porte également sur le tibia et le fémur jusqu'à leur partie moyenne ; elle est très apparente ; œdème blanc, dur conservant mal l'empreinte du doigt, dans la jambe et le pied.

La température est notablement plus élevée du côté malade que du côté sain.

Température locale : à droite 36°6 ; à gauche 39°.

Au dessus de la crête du tibia existe une plaque rougeâtre avec pertuis coloré. Avec un stylet on pénètre dans un tissu

solide pas sur les os. Il s'en écoule un pus sans aucune odeur.

Pas de mouvements d'expansion. Pas de souffle.

Les jumeaux à la palpation sont durs, scléreux, un peu douloureux à la pression mais non contracturés. Ils semblent être infiltrés.

Urines sans sucre ni albumine.

Rien aux poumons, la respiration est un peu courte et rapide. Rien au cœur.

Pas d'affections nerveuses; ni tabes. ni syringomyélie.

Température rectale 39°4.

Amputation décidée et pratiquée le 23 juin. Amputation au tiers inférieur.

Rien de particulier à signaler pendant l'opération.

Examen de la pièce. — On trouve à la face interne un vaste abcès. Les cartilages articulaires sont détruits sur une grande étendue et les épiphyses criblées de tubercules plus ou moins dégénérés. Cette dégénérescence tuberculeuse proprement dite ne s'étend pas très loin; mais la moelle osseuse est jaune et infiltrée dans le fémur et le tibia jusqu'à une certaine distance.

Le malade se relève mal de l'opération. Il est abattu, répond mal aux questions posées. Alcool à haute dose.

La température est peu élevée le matin, mais brusquement le soir elle monte à 39° et le malade meurt.

A l'autopsie cavernes plus ou moins cicatrisées aux deux sommets. Peu de tubercules de nouvelle formation, le moignon a bon aspect, ni pus, ni phlébite.

Cette observation montre quelle étendue peuvent atteindre les lésions et l'inutilité du traitement conservateur dans ces cas.

Nous citons plus loin quelques autres cas analogues, entre autres une observation de Reboul avec luxation spontanée du tibia.

TUBERCULOSE DE LA HANCHE

La coxalgie est exceptionnelle chez les vieillards. Peut-être cette rareté est-elle due aux erreurs de diagnostic que l'on commet souvent en prenant pour un morbus coxæ senilis ou pour un rhumatisme, comme les observations que nous citons plus loin en sont des preuves, une ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche.

L'articulation coxo-fémorale peut être le siège de formes très légères de tuberculose qui peuvent guérir dans un laps de temps primitivement court et sans qu'il y ait une altération notable dans la fonction du membre; mais il n'en est pas moins vrai que, le plus souvent les inflammations spécifiques de cette jointure ont une gravité exceptionnelle.

Le tubercule initial, dans les ostéo-arthrites de cette région, paraît siéger le plus souvent dans les os et la cavité cotyloïde est assez fréquemment lésée. Si l'on pense au siège profond de cette partie osseuse, on peut facilement se faire une idée de la gravité exceptionnelle du pronostic.

« De par la nature même de la maladie il y a dans la coxalgie tuberculeuse, tendance à la fonte caséuse des fongosités et à la formation de pus. Les abcès circonscrits de la hanche se forment dans tous les points au pourtour de l'articulation. Leur siège de prédilection est sur le côté antéro-externe où ils perforent la capsule, de sorte qu'il n'est pas rare, après avoir fait une large incision de la peau et des parties molles, de tomber directement avec le doigt dans la cavité articulaire. Ces abcès peuvent pénétrer sous le droit antérieur de

la cuisse, sous l'aponévrose fémorale, au bord externe du couturier. Plus rarement l'abcès siège dans la direction du psoas iliaque. » (Kœnig. Tuberculose des os et des articulations.)

Parfois le pus fuse également dans le bassin ce qui est alors d'un pronostic fort défavorable.

Comme nous l'avons dit au début, les affections tuberculeuses de l'articulation coxo-fémorale sont loin d'être fréquentes chez les vieillards. Marsh en a cité quelques cas que nous rapporterons ici pour donner une idée de l'évolution de ces lésions chez les sujets âgés. (The Lancet, 1890.)

La première observation que cite l'auteur anglais a trait à une femme de 55 ans.

« Depuis quelque temps, dit-il, cette malade avait une santé défailante et paraissait prématurément vieille. Bien ôt une douleur vive se fit sentir à la hanche et fut suivie d'une raideur marquée avec atrophie des muscles. Pendant un ou deux mois, le rhumatisme fut considéré comme étant l'unique cause de ces symptômes et cependant, quand je la vis pour la première fois, la tuberculose était évidente. L'auscultation des poumons nous donna des craintes bien justifiées sur l'état des organes respiratoires et, du reste, la patiente avait eu par deux fois des hémoptisies franches. La hanche commençait à suppurer et un abcès contenant environ six onces de pus fut trouvé sous le tenseur du fascia lata. On la mit alors en extension et on plaça une attelle de Thomas, mais la maladie continua à progresser avec une grande rapidité. On pratiqua l'ouverture aseptique de l'abcès et il s'en écoula environ deux onces de pus par jour. La jambe se raccourcissait et se renversait.

Pendant deux mois, l'état des poumons fut stationnaire, mais il empira bientôt ; la malade eut trois hémoptisies, puis

une expectoration franchement purulente. La cachexie augmenta et la malheureuse mourut environ deux ans après le début de son affection. La hanche était à ce moment entièrement détruite, le col du fémur avait disparu, le membre était de deux pouces plus court que l'autre et très renversé. »

Ce cas est fort intéressant en ce sens que, tout en montrant l'évolution de la maladie, il est aussi un exemple de ces erreurs de diagnostic si souvent faites entre le rhumatisme et la coxalgie. Les lésions n'avaient pas évolué avec une fort grande rapidité, mais elles atteignaient une étendue considérable.

Nous citerons encore deux cas empruntés au même auteur.

Femme, 53 ans, entrée à Saint-Barthol-Hosp..., en janvier 1890. La malade raconte, qu'au mois de mars précédent, sa hanche est devenue douloureuse et raide. Les symptômes augmentant graduellement elle en vint à ne pouvoir marcher qu'avec des béquilles. En décembre, elle remarqua un certain degré de gonflement sur le côté externe de la jointure et, lorsqu'elle se présenta à notre examen, tous les symptômes de la coxalgie se présentaient avec la plus grande netteté : raideur, raccourcissement apparent, rotation, abcès. L'abcès fut ouvert deux jours après et dans la suite on fit deux contre-ouvertures. La maladie empira avec une rapidité effrayante, les urines d'abord normales devinrent albumineuses. Survint alors du délire et la malade mourut d'épuisement le 30 avril.

A l'autopsie, les deux poumons furent trouvés tuberculeux, le rein était atteint ainsi que les capsules surrénales. La hanche était entièrement désorganisée, la tête du fémur détruite en partie, l'acetabulum perforé et le pus avait fusé dans le bassin. Les ganglions situés le long des vaisseaux iliaques et de l'aorte jusqu'au diaphragme ne formaient qu'une longue chaîne allongée en pleine dégénérescence caséuse. La

tête ne fut pas ouverte, mais les symptômes observés avant la mort paraissaient indiquer l'existence d'une méningite. »

Le cas suivant, relaté également par Marsh, mérite d'être cité, car c'est un exemple de guérison, ce qui, chez les sujets âgés, est véritablement extraordinaire.

« Au musée du Collège des chirurgiens, se trouve une pièce ainsi décrite sur le catalogue : « Hanche dans laquelle, après que la tête et la partie supérieure du col du fémur eurent été détruites, l'os fut tiré en haut de telle sorte que le reste du col s'appliqua sur l'ilium juste au-dessus de l'acétabulum. Cette pièce provient d'une femme de 70 ans qui, dix ans avant sa mort, avait présenté tous les signes d'une affection scrofuleuse de la hanche. Des abcès s'étaient formés et s'étaient ouverts dans l'aîne; à la fin le membre était raccourci et en forte rotation. Après sa mort par apoplexie, ses poumons et son foie furent trouvés farcis de tubercules. » Cette pièce est un exemple remarquable de tuberculose sénile terminée par la guérison. Il est plus fréquent de voir l'affection progresser, lentement parfois, mais continuellement vers une terminaison fatale. »

Ces quelques observations mettent bien en lumière l'évolution de la coxalgie chez les vieillards et sa gravité. Le traitement est le plus souvent impuissant et pourtant, chez les sujets avancés en âge, elle ne guérit pour ainsi dire jamais sans intervention. La seule chose qu'on puisse faire pour ces malades c'est de tâcher de leur rendre moins pénible le peu de temps qui leur reste à vivre, et Kœnig, dans ces cas, préconise le traitement à l'iodoforme. La résection ne donne, que dans des cas fort rares, de bons résultats. Kœnig a bien réséqué avec succès un homme de 56 ans, mais ce qu'il a souvent observé après la résection de la

hanché, c'est la tuberculose miliaire. « Peut-être, dit-il, par suite de ses rapports avec les veines et les vaisseaux lymphatiques, par ses dimensions, cette articulation a-t-elle une prédisposition spéciale à donner lieu à une infection générale. »

TUBERCULOSE DU POIGNET.

Nous ne voulons pas insister ici sur les tuberculoses de la main. Leur évolution est celle qu'on rencontre dans tous les cas de ce genre chez les sujets quel que soit leur âge. Les ostéo-arthrites interphalangiennes des doigts doivent être traitées comme celles des orteils par l'amputation dans la contiguïté pratiquée dans l'articulation susjacente. Mais lorsque les métacarpiens et le *carpe* seront envahis, l'amputation de l'avant-bras sera souvent nécessaire.

Sans être très fréquentes, les observations d'ostéo-arthrites tuberculeuses du poignet se rencontrent encore de temps à autre chez les gens âgés. Nous nous contenterons, pour donner un aperçu de leur évolution, d'en citer un exemple emprunté également à Marsh comme les précédents. On trouvera plus loin, parmi les observations placées à la fin de ce travail, une observation de M. le professeur agrégé Gangolphe (de Lyon), où la résection a donné un résultat heureux.

« Un homme de 67 ans vint à la consultation gratuite, il y a environ six ans, avec son poignet gauche gonflé et faible. Les ligaments étaient considérablement relâchés, toute l'articulation était le siège d'une déformation marquée. On pouvait sentir la synoviale épaissie et les muscles de l'avant-bras avaient subi une atrophie très marquée. Pour soutenir

son poignet, le malade s'aidait de son autre main. L'affection, à laquelle le malade attribuait comme début un violent mouvement de torsion du poignet pendant son travail, progressait depuis 4 mois. La douleur était assez légère. La main et l'avant-bras furent enfermés dans des attelles en cuir, soigneusement moulés et soutenus par une écharpe. Pendant le mois suivant, l'état du membre s'améliora, la tuméfaction, chaleur et rougeur de la peau diminuèrent et l'articulation paraissait plus forte. Le malade, sans demander seulement s'il était guéri, reprit son métier de tonnelier ; mais il se produisit une rechute immédiate et un abcès se forma. On l'ouvrit, mais la suppuration continua et il se forma deux fistules. Cette suppuration fut vite suivie de la destruction des ligaments, de sorte que la main pouvait être mue librement dans tous les sens sur l'avant-bras. Les différents os du carpe étaient sentis avec un stylet, dénudés et détachés les uns des autres. L'amputation s'imposait. La plaie guérit avec lenteur, mais sans complications.

A l'examen on trouva tout le carpe infiltré de pus grumeleux. Quant aux os, beaucoup étaient complètement dénudés, ils gisaient séparés au milieu de granulations tuberculeuses et le pus avait fusé sur une certaine étendue le long des tendons fléchisseurs de l'avant-bras. Aucun examen microscopique ne fut fait, mais, à l'œil nu, les lésions correspondaient exactement à celles de la tuberculose articulaire des jeunes sujets.»

Il n'y a rien de bien intéressant ni de bien particulier à citer au sujet de cette articulation chez les vieillards. Les relations étroites qui existent entre les diverses articulations de cette région expliquent la propagation facile des lésions. La synoviale radio-carpienne présente souvent une communication avec celle qui sépare le semi-lunaire du pyramidal d'où extension facile des fongosités de l'une à l'autre. Les

articulations du carpe paraissent être atteintes de préférence.

Les symptômes sont bien connus : douleur à la palpation et dans les mouvements, gonflement énorme, surtout à la face dorsale du carpe, car la synoviale, bridée par les ligaments latéraux, peut surtout faire saillie dans cette région. C'est également à la face supérieure de la main que viennent s'ouvrir les abcès, bien qu'il ne soit pas très rare de les voir sur les parties latérales. La main est en légère flexion, les doigts sont raides et légèrement atrophiés.

Chez les sujets âgés, le traitement conservateur ne donne que des résultats fort incertains. Dans deux ou trois cas, M. le professeur agrégé Gangolphe a bien obtenu de bons résultats, mais malheureusement à partir de cinquante ans, c'est l'amputation qui devra le plus souvent être pratiquée.

TUBERCULOSE DU COUDE.

L'articulation du coude est fréquemment atteinte de tuberculose chez les vieillards, et les lésions peuvent y atteindre une étendue souvent fort considérable. Lorsqu'on veut rechercher le point où a commencé la lésion, on ne tarde pas à reconnaître que c'est seulement quand les patients se présentent tout à fait au début de l'affection, que ceci est possible. Mais ce n'est pas le cas habituel et les malades ne rentrent à l'hôpital que lorsque le mal a atteint une certaine étendue, et alors l'opération s'impose et il est impossible de se renseigner exactement sur le mode d'origine de l'affection.

Les ostéo-arthrites tuberculeuses de cette articulation n'évoluent pas d'une façon sensiblement différente chez les vieillards et chez les jeunes sujets.

Ce sont les lésions du cubitus qui sont, en général, les plus nombreuses et les plus avancées. « C'est surtout sur les côtés de la grande cavité sigmoïde, en dehors du niveau de l'articulation radio-cubitale supérieure, ou en dedans, que se trouvent les lésions osseuses et les amas de fongosités. » Ollier (Traité des résections.)

L'humérus est aussi souvent atteint et après le cubitus, c'est lui qui présente les altérations les plus marquées.

Le radius est plus rarement le siège de l'altération primitive bien que, à priori, on puisse soupçonner le contraire à cause de la douleur autour de la tête de cet os; mais c'est plutôt le point voisin du cubitus (art. cubito-radiale) qui est altéré (Ollier).

Au point de vue clinique, lorsque la tuberculose envahit le coude chez un vieillard, les symptômes observés sont les mêmes que chez les adolescents. Il y a de la douleur, un gonflement énorme du coude faisant contraste avec l'atrophie du bras et de l'avant-bras. La peau est blanche, exsangue et laisse le plus souvent voir par transparence des veinules sous-cutanées. Au niveau de l'épitrôchlée peut apparaître un orifice fistuleux. La situation de ces pertuis est, du reste, fort variable et si l'on introduit un stylet dans l'un d'eux, on sent des os dénudés et friables.

Nous ne voulons pas insister ici sur les ostéo-arthrites tuberculeuses du coude. Rappelons cependant

que dans une observation de M. le professeur Ollier, la résection a donné un résultat absolument merveilleux chez une femme de 72 ans présentant des lésions osseuses multiples et dont la santé générale laissait fort à désirer.

Dans cette articulation on peut enlever sinon tout, du moins la plus grande partie du mal, et nombreux sont les cas où l'on a obtenu de bons résultats par la résection. Il nous paraîtra donc utile, sauf des cas exceptionnels de tenter d'abord la conservation.

TUBERCULOSE DE L'ÉPAULE.

L'épaule est de toutes les grandes articulations la moins fréquemment atteinte de tuberculose, et de plus il est très rare, exceptionnel même, de la rencontrer après 40 ans.

En général les sujets atteints de scapulalgie présentent des lésions aux poumons et dans beaucoup de cas il s'agit de fils de tuberculeux.

Les altérations de la cavité glénoïde sont assez fréquentes mais elles coexistent le plus souvent avec des foyers huméraux. Chez l'adulte c'est la forme osseuse qu'on trouve le plus souvent et l'humérus est le point de départ de la lésion. « Le lieu d'élection des tubercules est situé sur le col anatomique et particulièrement en haut ainsi qu'à la région toute supérieure de la coulisse bicipitale » (Audry et Mondan. Tuberculose de l'épaule. Revue de chirurgie.)

Les symptômes sont bien connus : douleur vive, intolérable parfois, à paroxysmes, s'exaspérant surtout la nuit. Fréquemment cette douleur se calme un peu

après l'ouverture d'un abcès. D'autrefois elle est sourde, continue. Cette description permet de comprendre pourquoi si souvent des cas de scapulalgie ont été pris pour des rhumatismes surtout si les abcès font défaut. L'article est immobilisé, les muscles atrophiés. Les abcès et fistules, qui sont constants pour ainsi dire, se rencontrent souvent dans la gaine du biceps et dans le pli axillaire.

Elles sont très graves, et le traitement ne donne que des succès passagers. Citons cependant l'observation suivante tirée du Traité de la régénération des os, de M. Ollier.

C. L. H..., âgé de 56 ans. Comme antécédents : syphilis, habitation dans les lieux humides, rhumatismes, engorgement et suppuration des ganglions lymphatiques cervicaux ; il y a deux ans, hémoptisies.

Depuis dix-huit mois, douleurs dans l'épaule droite, tuméfaction et impossibilité de mouvoir l'articulation. Pastilles de potasse comme traitement.

A son entrée à l'hôpital, fistules multiples autour de l'articulation de l'épaule, le stylet pénètre jusque dans l'article et on sent la tête dénudée. Gonflement de la région, douleurs sourdes.

Du côté de la poitrine : expiration prolongée aux sommets, rudesse de la respiration à droite surtout ; toux rare, pas d'expectoration. A cause des hémoptisies antérieures, des signes douteux du côté des poumons, on ne se hâte pas d'intervenir. Traitement général : huile de foie de morue, sirop ioduré.

21 janvier 1865. Résection sous-périostée à la tête de l'humérus. Suites simples ; rétablissement complet des mouvements.

A côté de cette observation nous en citons plus loin

une tirée de la thèse de Foulquier (Paris 1885) où la tuberculose continua rapidement sa marche malgré la résection.

TUBERCULOSE VERTÉBRALE.

C'est certainement la plus rare de toutes les formes de tuberculose sénile. Elle est absolument exceptionnelle à un âge avancé. Nous avons pu en recueillir quelques observations que nous allons citer ici. On trouvera, à la fin de cette thèse, une observation due à Quenu, et présentée à la Société d'Anatomie. Les cas suivants sont empruntés à Marsh (The Lancet, 1890). Le premier qui ait cité un cas de tuberculose vertébrale chez un vieillard, est sir James Paget. Il s'agissait d'un avocat de 56 ans, qui avait éprouvé des douleurs dans le côté et dans le dos. Naturellement, elles furent tout d'abord attribuées au rhumatisme, l'idée d'une tuberculose vertébrale, à cet âge, ne se présentant pas à l'esprit. Mais, quatre mois plus tard, le patient commença à éprouver une douleur persistante le long des six dernières côtes et à l'épigastre. Six mois après le début, sir James Paget constata qu'il y avait deux apophyses proéminentes et infléchies à droite, à la partie inférieure de la région dorsale. Grâce à un repos prolongé et à des incisions laissées ouvertes sur le côté de la colonne, l'avocat guérit lentement, et au bout de quatre mois, il put s'asseoir sans douleurs. Sa santé revint, et il vécut jusqu'à 81 ans.

Voici les cas publiés par Marsh, dans son Étude sur la tuberculose sénile.

Dans le catalogue du Musée du Collège des Chirurgiens, il y a une pièce ainsi décrite: « Les cinq premières vertèbres cervicales, et la portion condylienne de l'occipital, sont affectées d'ulcérations en différents points. L'apophyse transverse droite et la surface articulaire inférieure du même côté de l'atlas, sont entièrement détruites. La maladie a aussi atteint le condyle droit de l'occipital, la surface articulaire et le côté du corps de l'axis, l'apophyse transverse droite et le côté du corps de la troisième vertèbre, et l'articulation occipito-atloïdienne gauche. Aucun symptôme ne mit ces lésions en lumière pendant la vie ». Comme on n'a pas d'observation et comme il n'y a pas eu pendant la vie d'abcès ouvert, comme on n'a pas noté qu'on en ait trouvé après la mort, on peut se demander si la maladie était réellement tuberculeuse, ainsi que je le pense. Les lésions sont exactement celles qu'on rencontre dans la carie tuberculeuse, et je ne connais pas d'autre maladie en pouvant donner de pareilles.

La deuxième observation qu'il cite, est la suivante :

Un homme de 67 ans, paraissant bien portant, fut admis à St-Bartol. Hosp., en décembre 1886. Un mois auparavant, il était tombé d'une table, et son cou avait violemment heurté une chaise. Ce traumatisme fut suivi d'une raideur de cou, qui alla en augmentant sans cesse. Au mois de mars suivant, une grosseur apparut au cou. En juillet, M. Butlin, qui m'a communiqué l'observation, trouvant qu'un abcès s'était formé, l'ouvrit. Le malade fut considérablement soulagé, et la place guérit. En décembre, le malade revint à l'hôpital, se plaignant d'une forte douleur, augmentée par le moindre mouvement, et située sur le côté gauche du cou et de la tête. La température était normale. La tête et le cou furent enveloppés dans un moule en cuir, ce qui soulagea beaucoup le patient, et lui permit de dormir en paix. En janvier suivant, un abcès, situé profondément derrière le sterno-mastoïdien, fut ouvert, et du pus paraissant de bonne nature fut évacué. En février, on trouva du pus sous la clavicule

droite ; il avait une certaine tendance à la fétidité. La température était de 103° F. Un phlégmon de la tête et du cou s'ensuivit, mais la résolution se fit ; l'œdème diminua et en octobre, il avait totalement disparu. En novembre, la suppuration reparut de nouveau, la température monta à 104° F, puis disparut. On lui fit de nouveau porter un collier de cuir pour maintenir la tête au repos. La fin de son histoire n'est pas connue. Je vis souvent ce malade avec M. Burtlin, et je crois comme lui, que c'était une tuberculose vertébrale.

Le troisième cas de Marsh, a trait à un homme de 63 ans, dont voici l'histoire :

H., 63 ans, était dans mon service, à Saint-Barthol Hosp. depuis six ans, avec raideur du cou, de sorte qu'il ne pouvait ni baisser, ni tourner la tête. Il y avait un élargissement et un épaissement considérable des os dans le voisinage des vertèbres cervicales supérieures. De plus, une douleur vive s'irradiait au-dessus de l'occiput et sur les côtés du cou. Sa tête penchait en avant, de sorte que son menton était tout près de son sternum. Il se retournait difficilement dans son lit. Quand il s'asseyait, il soutenait sa tête avec ses mains, comme le font les enfants qui ont un mal de Pott cervical. Un support en cuir fut appliqué. Ce malade n'eut pas de suppuration pendant tout son séjour à l'hôpital. Ce cas était si semblable aux cas de carie vertébrale chez les enfants, que je crois qu'il ne serait pas raisonnable de douter de sa nature.

Nous ne voulons pas nous occuper plus longuement de la tuberculose vertébrale ; c'est la tuberculose des membres que nous avons surtout en vue ici. Du reste ces exemples, ainsi que l'observation citée à la fin de ce travail, suffiront à montrer nettement la marche de cette forme de tuberculose.

En résumé les observations précédentes nous conduisent aux résultats suivants :

Au-dessus de 50 ans, les lésions tuberculeuses ont quelques caractères spéciaux. La tuberculose sénile se présente sous deux formes principales : dans l'une, la marche est lente relativement, et les accidents locaux, tout en progressant sans cesse, évoluent avec peu de rapidité.

Dans l'autre variété c'est au contraire, un processus d'une grande acuité que l'on observe. Cette forme se rencontre surtout chez les gens avancés en âge (passé 60 ans) et alors on peut se demander si c'est une ancienne lésion qui prend brusquement une marche aiguë ou si c'est d'emblée que la tuberculose a revêtu ce caractère.

Enfin, comme nous l'avons également montré, les lésions sont étendues, beaucoup plus même que l'examen clinique ne pouvait le faire prévoir. Il importe donc d'intervenir au plus tôt.

Enfin, comme l'a fort bien dit M. le professeur agrégé Gangolphe dans son *Traité sur les affections des os*, « les processus de réparation s'effectuent avec une grande lenteur ou même pas du tout, si bien qu'on doit peu compter sur les efforts de la nature elle-même pour la guérison. Affaibli par le fait même de l'âge et par le repos au lit, le vieillard se trouve dans de mauvaises conditions pour résister ».

Toutes ces causes contribuent à donner à l'ostéo-arthrite sénile son aspect quelque peu spécial que nous avons essayé de décrire dans ce chapitre.

DIAGNOSTIC.

Les observations que nous avons citées quelques lignes plus haut montrent quelle est l'importance du diagnostic dans la tuberculose sénile. Dans plusieurs des cas que nous avons étudiés la lésion n'a été exactement interprétée qu'après des erreurs assez longues: aussi allons-nous insister, dans ce chapitre, sur les signes qui permettent de distinguer chez le vieillard l'ostéo-arthrite tuberculeuse des affections présentant avec elle quelque ressemblance, telles que le rhumatisme, l'arthrite sèche déformante, l'ostéo-arthrite spontanée chronique non tuberculeuse du genou, la pseudotumeur blanche syphilitique, les arthropathies tabétiques et enfin les néoplasmes articulaires qui prêtent fort fréquemment à la confusion.

C'est avec le *rhumatisme* que le plus souvent l'erreur est commise et le rhumatisme monoarticulaire chronique par exemple a des symptômes si souvent analogues à ceux de l'arthrite tuberculeuse qu'il est dans quelques cas fort difficile de faire exactement le diagnostic.

Mais en général, dans ce rhumatisme monoarticulaire chronique, il y a d'abord en général une poussée aiguë de plusieurs articulations. Dans ce cas aussi l'articulation n'est pas déformée de la même façon que dans le cas de tumeur blanche: il n'y a que de la raideur, de l'atrophie musculaire et c'est cette atrophie qui fait précisément paraître plus considérables les extrémités osseuses, d'où une difformité apparente. Jamais dans le rhumatisme on ne trouve ni

la mollesse, ni l'élasticité de la tumeur blanche ; les mouvements qui, dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse, sont douloureux et souvent impossibles, sont ici assez peu pénibles et s'accompagnent simplement de craquements. Dans le rhumatisme, plus l'épanchement est ancien, plus les tissus deviennent denses ; dans l'arthrite tuberculeuse, les articulations dures d'abord, se ramollissent. (Bouilly. Thèse agrég., 1878.)

Il y a aussi un caractère important dans le rhumatisme, la peau conserve ses caractères normaux et garde son intégrité, ce qui n'a pas lieu dans la tumeur blanche. Les mêmes signes permettent de distinguer le rhumatisme chronique fibreux de l'ostéo-arthrite tuberculeuse. Seulement il faut tenir compte, dans cette forme, de la rétraction des tendons mettant le membre en position vicieuse.

L'arthrite sèche déformante peut dans quelques cas, ressembler à la tumeur blanche ; mais elle s'en distingue par l'absence d'épanchement articulaire, par la tuméfaction inégale et dure, par ses douleurs qui ne sont exagérées ni par la pression, ni par les mouvements. Enfin, il n'y a pas de mobilité anormale et surtout jamais de suppuration. « Dans certains cas d'arthrite scrofuleuse, dit Charcot, il y a prolifération active des éléments du cartilage, mais ce phénomène est secondaire. Il s'y produit quelquefois des stalactites osseuses, mais très vasculaires et différentes des stalactites épaisses, à bords mousses et en gouttes de suif des autres. Il existe aussi des cas mixtes où elles peuvent se trouver réunies. »

Au genou, dans quelques cas, le diagnostic est aussi

à établir entre la tuberculose articulaire et l'*ostéo-arthrite spontanée chronique non tuberculeuse du genou*. C'est une affection dans l'étiologie de laquelle le rhumatisme et la blennorrhagie ne paraissent avoir aucune part. Elle est chronique d'emblée. Depuis de longues années, le malade souffre de son genou, la marche est devenue de plus en plus pénible et les mouvements de flexion et d'extension sont limités. Le sujet a presque de l'impotence complète de son membre en même temps que la douleur est très violente. Le genou est peu tuméfié, pas d'épanchement, et la synoviale n'a pas l'épaississement que l'on voit dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse. De plus, la santé générale est très bonne et le sujet peut avoir atteint un âge avancé sans avoir trace de tuberculose.

Pour M. Tillaux (Chirurgie clinique), auquel nous avons emprunté la description de cette lésion, « c'est une affection ostéo-myélitique chronique des condyles du fémur ou du tibia, très ancienne, remontant soit à l'enfance, soit à l'adolescence, et qui, étant restée pendant des années latente, s'est mise à évoluer soit sous une cause qui nous échappe, soit sous l'influence d'un traumatisme ou d'une entorse. »

Il est une variété de lésions articulaires avec lesquelles le diagnostic différentiel est souvent difficile à faire : c'est l'*arthrite syphilitique*. On a admis que la syphilis pouvait provoquer sur les jointures un certain nombre de manifestations, arthralgie, hydarthrose, arthrite subaiguë, synovite plastique ou gommeuse, ostéite.

Il faut l'avouer cependant, l'ostéo-arthrite syphilitique est assez rare. A la période secondaire et tertiaire, on rencontre des hydarthroses, mais elles ne peuvent être confondues avec la tuberculose. Ce sont les gommes articulaires et surtout périarticulaires de la période tertiaire qui simulent d'une façon surprenante l'ostéo-arthrite tuberculeuse. Ces ostéo-arthrites syphilitiques sont caractérisées par l'absence de fongosités ou du moins par leur faible abondance, l'épanchement articulaire n'a aucune tendance à suppurer. Si l'on imprime des mouvements à l'article, on voit qu'ils sont conservés ou fort peu diminués. Le gonflement des extrémités articulaires est considérable; les douleurs n'existent pas, sauf le cas de douleurs ostéocopes. Il peut arriver qu'une gomme s'ouvre à la fois dans l'articulation et à la surface de la peau : il y a alors suppuration, mais par infection secondaire. Le périoste des extrémités osseuses, la synoviale et les tissus fibreux périarticulaires sont atteints à la période secondaire. Dans la troisième période, des produits gommeux se forment au voisinage de la synoviale, soit dans le périoste, et par leur présence, ils déterminent des épanchements intra-articulaires (Mauclaire, Gaz. Hop., 1893). Comment distinguer ces arthrites syphilitiques des lésions tuberculeuses ?

Dans la tumeur blanche, l'évolution est lente, chronique, et ce n'est qu'après de longues années, qu'elle acquiert le volume que l'arthrite syphilitique acquiert en quelques semaines. De plus, à cette période de son développement, la peau n'est pas intacte, les mouvements impossibles dans la tuberculose articulaire.

Rien de tout cela n'existe dans l'arthrite syphilitique. Mais il est des cas où la distinction est bien plus difficile, c'est lorsque la tuberculose et la syphilis évoluent de concert. Ricord a fort bien étudié l'influence de la scrofule et de la syphilis.

« Il s'est présenté à mon observation, dit-il, quelques
« cas de tumeur blanche, dont la syphilis semble avoir
« influencé la marche. Je n'en ai jamais rencontré
« dans lesquels le virus syphilitique ait déterminé d'une
« façon directe l'affection articulaire. Cette diathèse,
« ayant porté principalement son action sur le tissu
« compact et presque jamais sur le tissu spongieux et,
« comme les extrémités articulaires sont presque
« exclusivement constituées par ce dernier élément,
« il n'est pas étonnant que l'on n'y rencontre presque
« jamais l'ostéite syphilitique ; mais si des individus
« scrofuleux viennent à contracter la syphilis, il peut
« résulter, du mélange de ces deux diathèses, un état
« qui participe de l'une et de l'autre, mais qui n'est ni
« l'une ni l'autre exclusivement, dont l'influence se
« fait sentir sur toutes les maladies qui se développent,
« lesquelles prennent alors une marche et des symptômes
« spéciaux. Si chez ces individus une tumeur
« blanche vient à apparaître, elle présente des caractères
« mixtes de vérole et de scrofule, contre lesquels
« réussiront à merveille les iodures de mer-
« cure ».

En résumé nous dirons : dans l'arthrite syphilitique, le gonflement est plus rapide et moins considérable que dans la tumeur blanche, tandis que dans la tuberculose on a un empâtement général, dans la syphilis

on a des plaques dures, circonscrites ; enfin, les mouvements sont possibles dans la syphilis.

Les *néoplasmes articulaires* ont fait commettre de nombreuses erreurs. Les productions sarcomateuses surtout peuvent simuler des arthrites fongueuses. Mais le sarcome des os est peu fréquent chez le vieillard de 50 à 60 ans, et diminue encore de 70 à 80 ans. Pour Schwartz (Thèse d'agrégation) c'est une rareté pathologique. Le diagnostic est excessivement difficile, car aucun signe n'est certain : on a dit que la compression qui exagérât la douleur dans le cas de sarcôme, la calmait au contraire dans le cas de tuberculose articulaire, mais c'est là un signe vague. La ponction rend de grands services. Si l'on a écoulement, tous les doutes disparaissent. Enfin, le sarcôme résiste à tous les moyens de traitement employés.

Le myxome du tarse simule souvent une tuberculose du pied. Mollière, dans ses cliniques, a insisté sur ce fait. « Le myxome du tarse se développe chez des « sujets jeunes ou vieux indistinctement. La peau est « rouge et fluctuante. Si, croyant à du tubercule, on « intervient pour évacuer le pus et les fongosités et « faire le grattage du foyer, on voit couler plus de « sang que de coutume : les fongosités sont glaireuses, « opalescentes, tous les os du pied sont envahis profondément et on ne peut terminer l'opération. Autre « signe : dans la tuberculose osseuse (pas articulaire) « la douleur précède l'envahissement des os ; dans le « cancer, malgré l'envahissement des os, les douleurs « ne deviennent vives que lorsque les gaines tendineuses sont envahies. » Mollière.

De même dans la tuberculose vertébrale, on peut penser à un cancer du rachis, comme cela a eu lieu dans l'observation de Quenu, citée à la fin de ce travail.

Ces quelques mots sur le diagnostic suffiront pour faire voir combien il est difficile souvent de porter un diagnostic exact chez les vieillards, et l'importance qu'a chez eux l'étude attentive de l'évolution du mal.

Pronostic. — Il nous reste, en terminant ce chapitre, à parler du pronostic. Comme le montrent les observations que nous avons citées plus haut et celles qui se trouvent à la fin de cette thèse, le pronostic est grave, d'autant plus grave que le sujet est plus âgé.

Que de fois en effet le vieillard est porteur de lésions viscérales, plus ou moins graves (néphrites, cardiopathies) en rapport ou non avec l'affection osseuse ! La généralisation rapide s'observe également chez les gens âgés et nous en avons observé quelques cas.

Une intervention énergique est nécessaire.

Il faut à tout prix débarrasser le patient de ce foyer dangereux, et nous sommes absolument de l'avis de Koenig, lorsqu'il dit que « chez un homme ayant dépassé la cinquantaine, il ne faut jamais s'attendre à voir guérir sans opération, même une affection aux apparences légères ».

Traitement.

Un vieillard peut-il supporter une opération grave sans trop de danger ? Comment intervenir chez lui dans les cas d'ostéoarthrite tuberculeuse ? Le traitement conservateur peut-il donner quelques résultats ? Telles sont les multiples questions qui se posent lorsqu'on est en présence d'une tuberculose ostéo-articulaire évoluant chez un sujet âgé.

Lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte, il n'y a guère d'hésitation possible et, si une opération peut rendre des services, le chirurgien n'hésite pas à la pratiquer. Il se trouve alors sur un terrain en état de résister, dont les éléments jeunes ont une grande tendance à la cicatrisation et à la réparation, et de plus, il est en droit d'attendre de son intervention un bon résultat, assurant une longue survie à son opéré, et souvent une guérison complète. Il est loin d'en être ainsi chez le vieillard.

L'occasion de pratiquer des opérations graves chez des gens ayant dépassé un certain âge, se présente assez rarement et, dans ces cas, le chirurgien hésite, se trouvant aux prises avec une lésion sérieuse, exigeant une intervention longue ou énergique chez des sujets avancés en âge, affaiblis et par leur vieillesse et par leur maladie. L'opération n'assurant pas une guérison définitive et la mort pouvant en être la conséquence, cette hésitation est facile à comprendre.

Il n'y a plus en effet, chez le vieillard, cette grande activité nutritive qu'on rencontre chez l'adulte ; toutes

les fonctions sont ralenties dans une grande mesure et la force de résistance de l'organisme est considérablement diminuée. Il se produit ce que Robin a si bien nommé une « involution descendante ». Ce n'est même pas un simple affaiblissement des forces vitales que l'on constate chez les gens âgés, ce sont, dans la majorité des cas, des dégénérescences nombreuses qui transforment la vieillesse en un état véritablement pathologique. Tous les organes de l'économie sont le siège d'altérations diverses.

Ce sont surtout les modifications des viscères qui ont, sans contredit, la plus grande importance. Le rein n'a plus son fonctionnement d'autrefois, il est sclérosé, graisseux, d'où la difficulté de l'élimination des produits toxiques et la production de ces néphrites qui enlèvent si fréquemment les malades. Les organes génito-urinaires sont rarement indemnes et les hypertrophies de la prostate, les cystites sont choses communes à un âge avancé. Les fonctions d'assimilation et de désassimilation se font mal, le foie est souvent cirrhotique et ce sont ces altérations multiples qui transforment la vieillesse en un véritable état morbide. Comment ne pas comprendre après cela la gravité des moindres traumatismes et l'hésitation si naturelle du chirurgien en présence de lésions exigeant une intervention chez un sujet ainsi affaibli.

Il faut cependant le dire : ce n'est pas de l'âge qu'il faut exclusivement tenir compte, c'est de l'aspect du sujet, de l'état de ses organes, des commémoratifs, de son mode de vie, de ses habitudes qu'on pourra tirer d'utiles indications pour le pronostic d'une opération.

Ce que l'on observe fréquemment chez les vieillards, après un traumatisme, soit opératoire, soit accidentel, c'est la mort succédant à des inflammations internes (néphrites, pneumonies) pouvant être rattachées à la dégénérescence de leurs viscères. Comme Verneuil l'a nettement démontré, le traumatisme retentit toujours avec intensité sur des organismes déjà affaiblis par la maladie antérieure ou par la vieillesse et peut faire brusquement passer à l'état aigu une affection chronique évoluant lentement. De là ces pneumonies, ces entérites, ces troubles cérébraux qui, chez un vieillard blessé ou prédisposé, entraînent si souvent un pronostic grave et même la mort.

Ceci ne veut pas dire évidemment que la guérison ne puisse être obtenue chez les gens âgés. Certainement non, et les cas heureux ne font pas défaut.

Eustache dans son travail « Sur les Opérations graves chez les vieillards septuagénaires » (1) a montré qu'un âge même très avancé n'est pas une contre-indication absolue aux opérations importantes. Il cite dans cette étude des statistiques de Lawrie de Glasgow, de Malgaigne, de Penwick. En réunissant les tableaux dressés par ces trois auteurs, il obtient un total de 1 250 cas, dont vingt-quatre se rapportent à des sujets âgés de plus de 65 ans. La mortalité est de 50 %. Cette proportion mise en regard de celle trouvée pour les autres âges de la vie est jusqu'à un certain point favorable. Malgaigne lui-même, n'hésitait pas à conclure qu'après les grandes opérations

(1) Journal des sciences méd. de Lille.

chirurgicales, la mortalité atteignait son maximum de 55 à 65 ans et qu'au-delà elle semblait décroître.

Les amputations de cause traumatique seraient moins avantageuses que les amputations de cause pathologique (Penwick). Le même auteur a observé également que les amputations pratiquées sur le membre inférieur donnaient une plus forte mortalité que les amputations pratiquées sur le membre supérieur. Dans trois cas sur le membre supérieur, il aurait eu trois guérisons; sur le membre inférieur, il aurait eu trois morts sur quatre cas.

Beaucoup de facteurs interviennent dans les causes de mort des vieillards à la suite d'opérations chirurgicales importantes. Le shock opératoire, les hémorragies abondantes, le froid, la suppuration, la privation d'aliments ont une grande influence. Les vaisseaux chez le vieillard sont sclérosés, les tuniques vasculaires ont perdu leur contractilité, de là les hémorragies secondaires qui se rencontrent fréquemment. C'est ce mauvais état de la circulation qui explique aussi la lenteur du processus réparateur, la longueur de la convalescence pendant laquelle la moindre maladie intercurrente pourrait enlever le malade.

Ce sont ces considérations qui arrêtent beaucoup d'opérateurs. Verneuil et Terrier sont d'avis de n'intervenir que forcés d'opérer, et Terrier se laisse arrêter par la difficulté de savoir si des organes parfaitement conservés ne sont pas arrivés à la limite de la santé et si le moindre ébranlement ne renversera pas l'édifice.

Després ne partage pas leur opinion : « J'avoue, dit-il, que j'ai de la difficulté à admettre que si l'on faisait perdre du sang à un vieillard ou même si on le laissait longtemps au lit, il succomberait rapidement ; car je ne puis croire qu'un homme de 80 ans, parvenu à cet âge sans maladie, sans infirmité, ne soit pas dans de meilleures conditions qu'un homme jeune atteint ou devant être atteint d'albuminurie ou de diabète. Aussi, je suis d'avis qu'un vieillard qui a de bons organes est en état de subir une opération. »

Nous partageons cet avis. Il faut, en effet, intervenir lorsque la lésion l'exige et ne pas se laisser arrêter par l'âge du sujet ; seulement, il est de toute importance d'examiner l'état de ses reins, de ses poumons, pour pouvoir être approximativement fixé sur le résultat de l'opération.

Au point de vue qui nous occupe spécialement, c'est-à-dire dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, il faut également intervenir. Beaucoup de malades succombent dans les cas de tumeurs blanches à une tuberculisation générale qui a son point de départ dans l'articulation. « Sous ce rapport, dit Kœnig, il faut craindre surtout les formes caséeuses très molles et les abcès froids. » Mais un nombre beaucoup plus considérable de patients succombent à des affections tuberculeuses des reins ou des poumons.

Abstraction faite des dangers que la tuberculose présente pour la vie, il y en a d'autres résultant de la suppuration. Il y a encore aujourd'hui un nombre considérable de malades qui succombent à une fièvre hectique chronique, se développant à la suite de fis-

tules articulaires et une autre partie est enlevée par les affections des grandes glandes abdominales consécutives à une suppuration prolongée, mais ces derniers sont en minorité (Kœnig).

L'intervention est donc nécessaire dans la plupart des cas, mais, chez un vieillard porteur d'une tuberculose articulaire et présentant aussi des signes de phthisie pulmonaire faut-il également opérer? C'est la grande question de l'intervention chez les tuberculeux qui a été vivement discutée et qui n'est pas encore entièrement résolue.

Les uns ont hésité pendant fort longtemps, craignant que l'opération ne fit qu'aggraver les lésions pulmonaires et hâter la généralisation.

Dans un rapport à l'Académie de médecine, MM. Chauvel et Mabboux se sont hardiment prononcés en faveur de l'intervention. « Les faits de guérison temporaire sont fréquents dans ces conditions, les guérisons durables n'ont rien d'exceptionnel. Il y a deux ans, j'ai amputé un vieux soldat atteint d'arthrite fongueuse du tarse, dont l'état cachectique m'avait fait tout d'abord hésiter. Mon collègue, le D^r Kelsch, avait confirmé les soupçons que l'état du poumon, voire même l'état du ventre, m'avaient fait concevoir, et, comme moi, il crut à une tuberculose pulmonaire et péritonéale. Depuis un an, le malheureux trainait sur son lit, épuisé par la souffrance et la fièvre, demandant une intervention. Je finis par accéder à ses désirs, je l'amputais, puis après des hémorragies répétées, périodiques, le moignon se re-

ferma et, engraisé, satisfait, l'amputé partit pour son pays natal pourvu d'un pilon. »

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître l'amélioration rapide et véritablement merveilleuse qui se produit chez les opérés tuberculeux. C'est une véritable résurrection, et les malheureux épuisés par cette maladie chronique, cette suppuration persistante, reviennent rapidement à la vie. Ils engraisent rapidement, l'état de leurs lésions pulmonaires semble même s'amender et un bien-être rapide succède à leurs souffrances d'autrefois.

Cette issue heureuse ne se rencontre malheureusement pas dans tous les cas, surtout chez les vieillards qui succombent souvent dans les quelques jours qui suivent l'opération. Il est aussi une complication redoutable, assez rare heureusement, c'est la tuberculose miliaire aiguë.

Dans son livre de la Tuberculose des os et des articulations, Koenig en parle ainsi: « Si nous tenons compte des faits observés dans notre clinique de Göttingue, cette issue est très rare. Parmi les milliers de tuberculeux qui ont passé sous nos yeux, dans ces dernières années, nous n'avons observé qu'environ 16 cas de tuberculose miliaire aiguë, se terminant par la mort des patients. Un point important pour la genèse de la maladie, c'est que nous ne l'avons observée qu'après des opérations.... Dans un certain nombre de cas, l'évolution de la maladie générale s'opère comme si elle était le fait même de l'acte opératoire. »

Il y a enfin une considération purement humanitaire qui n'est pas à négliger, c'est la situation du sujet.

Si l'on a affaire à un enfant, on peut essayer pendant plus ou moins longtemps le traitement conservateur, car il n'a pas besoin à cette époque de ses membres pour gagner sa vie. Chez un homme d'un certain âge au contraire, il faut un moyen rapide de guérison, lui permettant de reprendre vite son travail. Chez les vieillards on devra choisir les opérations à cicatrisation prompte, ne nécessitant pas un trop long séjour au lit, toujours nuisible pour eux, qui ne peuvent faire les frais d'une longue convalescence.

Que dirons-nous des traitements tels que l'arthrectomie, la fongotripsie et les injections de chlorure de zinc, préconisés récemment, le curettage, l'évidement.

Certains auteurs Heurtaux, Lebec, Mauclore ont préconisé l'arthrectomie dans la vieillesse.

« A un âge avancé chez le vieillard, dit Mauclore (Gaz. Hôpit. 1893), l'arthrectomie est souvent indiquée. A cet âge, en effet, l'affection présente souvent une marche assez lente, indiquant une forme bénigne. La résection totale à cette époque de la vie n'est pas toujours suivie de succès, car l'organisme débilité ne peut pas toujours faire les frais d'une longue convalescence et d'une bonne consolidation osseuse. (Mauclore).

Jalaguier, donne la statistique suivante. 6 opérations d'arthrectomie sur des sujets de 40 à 60 ans, ont donné 3 guérisons sans fistules, 1 guérison après amputation et 3 morts. 5 opérations sur des sujets ayant dépassé 50 ans, ont donné 3 guérisons sans fistules, 2 guérisons après amputation.

Nous ne croyons pas que l'arthrectomie puisse être

pratiquée bien souvent chez le vieillard. Les arthrites tuberculeuses présentent fort souvent chez eux, une grande gravité et les lésions osseuses sont parfois très avancées. Il vaut mieux les débarrasser d'un seul coup d'un foyer d'infection que de courir le risque de leur imposer une seconde opération. Il en est de même pour la fongotripsie et le chlorure de zinc, préconisé par Thiéry (Rev. de la Tub.), car avec ce mode de traitement, les résultats sont fort souvent incomplets.

La première indication dans la tuberculose chez les sujets âgés est d'enlever la totalité du mal et de les priver d'un foyer d'infection qui menace constamment leur existence. Il reste alors la résection et l'amputation. Laquelle de ces deux opérations doit-on préférer chez le vieillard ?

On s'est pendant longtemps demandé si la résection qui permettait au malade de conserver un membre utile ne devait pas être dans tous les cas préférée à l'amputation qui débarrassait évidemment le malade de sa lésion, mais au prix de quel sacrifice ? en le privant d'un auxiliaire important pour sa subsistance.

Favale dans sa thèse « sur les rapports du traumatisme et de la vieillesse », a établi un parallèle entre les résultats donnés par les résections et ceux donnés par les amputations dans un âge avancé. Il est absolument hors de doute, comme il le montre très bien, que l'âge a une influence fâcheuse sur les amputations, les statistiques le prouvent surabondamment, mais la résection faite chez les vieillards donne peut-être encore de plus mauvais résultats. Ce qui est défavorable dans les résections, c'est la longue durée du traitement qui

demande de nombreux mois pour obtenir un bon résultat. « Tandis que dans l'amputation le résultat est rapide, le malade guérit ou meurt ; dans la résection, au contraire, il faut un temps prolongé et ce fait explique comment des malades très affaiblis peuvent guérir après une amputation, tandis qu'ils finissent toujours par succomber après une résection. L'amputation, il est vrai, augmente de gravité avec l'âge du sujet, mais elle reste toujours applicable aux limites les plus reculées de l'existence ; il n'en est pas de même pour la résection. Chez les sujets qui atteignent l'âge de 35 ans, elle commence à devenir chanceuse ». Spillmann (art. Résect., du Dict. de méd.)

« L'amputation est certainement, dit Ollier, l'opération qui fournira les guérisons les plus sûres et les plus durables dans les ostéo-arthrites tuberculeuses. On enlève tout d'un coup tous les tissus malades ; on ne laisse rien dans l'os ou dans l'articulation qui puisse repulluler et infecter de nouveau l'économie. On se met à l'abri des accidents et de l'auto-inoculation. » (Rev. de chirurg., 1885.)

Rien n'est plus vrai dans tous les cas et surtout chez les gens âgés. Certes, l'amputation est loin de mettre absolument à l'abri des récidives et même des récidives prochaines. « Quelle que soit, dit encore Ollier, l'opération qu'on pratique sur un tuberculeux, qu'on resèque l'articulation malade en enlevant tous les tissus morbides ou qu'on sacrifie le membre par une amputation, on ne peut se flatter de faire une opération radicale. Les ganglions profonds et inaccessibles sont toujours plus ou moins envahis par les lésions

anciennes. On dit quelquefois que les ganglions sont rarement atteints dans les ostéo-arthrites suppurées : c'est là une erreur. Loin d'être l'exception, l'altération ganglionnaire est la règle, de sorte donc que sans compter les lésions latentes des viscères, il reste dans le membre lui-même et au-delà, des foyers ganglionnaires sur lesquels nous sommes sans action. Mais l'amputation laissant une plaie nette, vite cicatrisée, doit être préférée chez les sujets débilités par la suppuration et par le séjour prolongé au lit. »

Il importe de faire quitter au plus tôt aux gens âgés l'atmosphère dangereuse des salles d'hôpital, encombrées de tuberculeux, car rien ne leur est aussi nuisible que ce séjour dans un air confiné où ils ne peuvent se donner le moindre mouvement, et où en dehors de cela, ils trouvent dans l'air vicié qu'ils respirent, des causes permanentes d'altérations de la nutrition générale qui préparent le terrain pour de nouvelles poussées tuberculeuses (Ollier.)

Or, l'opération qui remet le plus vite le malade en état de sortir est l'amputation, et, en même temps, l'avantage de détruire toutes les lésions et nous croyons qu'elle doit être, dans la plupart des cas, préférée à la résection.

Il nous faut cependant établir des distinctions suivant qu'il s'agit de telle ou telle articulation.

Dans les ostéo-arthrites du tarse, si le malade ne se présente pas dès le début de l'affection, si la lésion n'est pas nettement localisée, que faire ? Deux modes d'intervention sont en présence : l'amputation et la désarticulation.

« Dès que le diagnostic de tuberculose du tarse, est connu, dit M. le professeur Poncet, on doit intervenir chirurgicalement et, à plus forte raison, doit-on agir de même si le diagnostic est douteux, afin de constater quelles sont les lésions et de faire le nécessaire. Les indications relatives aux différents modes d'interventions dépendent : d'une part, de la profondeur et de l'étendue des lésions ; d'autre part, de l'âge des malades. Lorsqu'il s'agit de lésions anciennes diffuses des os du tarse, l'amputation, à partir de 40 ans, est préférable à la tarsectomie ; il peut en être de même entre 30 et 40 ans, lorsque plusieurs os du tarse sont profondément atteints. » (7^e Congrès de chirurgie.)

M. le professeur agrégé Pollosson a recherché, au même Congrès, si l'on pouvait, dans les tuberculoses de l'articulation tibio-tarsienne, se contenter de la désarticulation, au lieu d'avoir recours systématiquement à l'amputation de jambe. « J'ai pratiqué plusieurs fois la désarticulation dans ces circonstances, dit-il, suivant le procédé de M. Ollier, incision de Syme et conservation du périoste calcanéen. J'ai pu retrouver la trace de deux de mes anciens opérés : le premier, est une femme de 70 ans, elle vécut trois ans après l'opération et mourut de catarrhe pulmonaire sans récurrence locale. Le deuxième cas est celui d'un homme opéré il y a cinq ans et ayant actuellement 60 ans, la guérison est parfaite ; le sujet est homme de peine et fait de longues marches avec la bottine de Roux. »

La désarticulation, bien supérieure à l'amputation de jambe, au point de vue de la marche, me paraît

indiquée dans les formes sèches, osseuses, sans infiltration des parties molles et des gaines par le pus et les fongosités. La section du plateau tibio-péronéen devra être faite au-dessus des lésions. »

Nous partageons absolument cet avis, la désarticulation du pied étant bien préférable à l'amputation, à quelque niveau que ce soit.

Pour le genou, les observations que nous avons citées plus haut et celles que nous donnons plus loin indiquent nettement la marche à suivre. L'amputation de la cuisse est nécessaire.

La tuberculose de la hanche est d'un traitement excessivement difficile chez les sujets âgés. Une coxalgie tuberculeuse chez un vieillard, guérit rarement sans intervention, et alors cette intervention est fort dangereuse. « Tout ce que l'on doit rechercher, dit Kœnig, c'est de rendre moins pénible aux malades le peu de temps qui leur reste à vivre. » Il n'y a qu'un traitement symptomatique de possible.

Au membre supérieur, les ostéo-arthrites interphalangiennes des doigts demandent toujours l'amputation dans la contiguité, mais fréquemment aussi l'amputation de l'avant-bras devient nécessaire.

Pour le poignet, la résection a donné quelques bons résultats. M. le professeur agrégé Gangolphe (de Lyon) a cité plusieurs observations avec terminaison heureuse, chez un sujet de 46 ans et chez un autre de 50 ans. Mais, comme il le dit lui-même, « chez les sujets âgés de plus de 50 ans, la résection devra trop souvent malheureusement céder la place à l'amputation. »

A ce point de vue, pas de limite très précise. « Gangolphe. (Revue de chirurgie, 1884.)

Pour le coude, les résultats de la résection sont meilleurs dans beaucoup de cas, et dans le traité des résections de M. le professeur Ollier, on trouve une observation où, chez une femme de 72 ans, il a eu une régénération osseuse merveilleuse. Il faut cependant tenir compte également de la force de résistance du sujet.

Pour l'épaule, le pronostic est grave et l'intervention presque nulle, à cause de la profondeur des lésions. Dans quelques cas, la résection a pu donner un bon résultat, mais souvent c'est un succès passager. Peut-être la désarticulation offrirait-elle plus de chance de guérison, mais les observations sont si rares à ce sujet, que nous ne pouvons donner nettement la valeur de ce mode de traitement.

En somme, comme on le voit, les indications de l'amputation deviennent de plus en plus nombreuses à un âge avancé et les résultats du traitement conservateur chez le vieillard sont en général fort incertains.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE DU GENOU GAUCHE CHEZ UN
HOMME DE 60 ANS. SUBLUXATION DU TIBIA EN ARRIÈRE ET EN DEHORS

(Reboul. Bulletin Soc. anat. 1888.)

C... Antoine, 60 ans, charbonnier, entre le 22 septembre 1888 à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise Paré, service de M. le docteur Perier.

Père et mère morts âgés, probablement de tuberculose. Fièvre typhoïde à 5 ans. Depuis une dizaine d'années, C... se plaint d'une bronchite continuelle avec des exacerbations pendant l'hiver. Vers 1884, le malade souffre du genou gauche qui se tuméfie et rend la marche difficile. Jusqu'à cette époque, pas de lésions antérieures de cette articulation.

En 1886, il entre dans le service de M. le docteur Reynier : arthrotomie. Légère amélioration.

En janvier 1888, bronchite aiguë obligeant le malade à rentrer à l'hôpital, amaigrissement, diminution des forces, diarrhée.

Au mois d'avril, les douleurs du genou augmentent ; l'articulation est tuméfiée, il se produit spontanément une subluxation de la jambe en arrière et au dehors.

En octobre, apparition de trois fistules, donnant écoulement purulent et séro-sanguinolent. Malade cachectique, amaigri, diarrhée continue.

Les deux poumons sont le siège de lésions tuberculeuses, surtout à droite, respiration rude, quelques craquements humides. Submatité, expectoration purulente. Pas de lésions tuberculeuses de la prostate, des vésicules séminales des testicules.

Le membre inférieur gauche présente une demi-flexion de la jambe sur la cuisse, avec rotation du pied en dehors.

Genou chaud, tuméfié, douloureux. Saillie du condyle interne du fémur en dedans, et de la tubérosité externe du tibia en arrière et en dehors. Les extrémités du fémur et du tibia sont augmentées de volume. A la surface du genou s'ouvrent trois fistules : l'une à la partie supérieure et externe de la rotule ; la seconde, sur le bord externe du tendon rotulien, près de son insertion tibiale ; enfin, la troisième, à la partie supéro-interne du creux poplité. Subluxation du tibia en arrière et en dehors, rotation de la jambe en dehors. Les mouvements de la jointure sont douloureux et permettent de constater des craquements et des frottements rudes des surfaces articulaires. La rotule est mobile. Pas d'épanchement intra-articulaire. Les tissus périphériques sont rougeâtres et renferment trois abcès correspondant aux trois fistules.

L'âge du malade, la grande altération de son état général, l'étendue des lésions contr'indiquent une résection. L'amputation est décidée.

Amputation de la cuisse à la partie moyenne (grand lambeau antéro-externe). Au niveau de la section, le fémur ne paraît pas très altéré. Les muscles sont pâles, le tissu cellulaire infiltré. Deux drains...

Examen du genou. — L'articulation est ouverte par une incision courbe passant par le cul-de-sac sous-tricipital et se terminant aux ligaments latéraux, au niveau de l'interligne. La cavité articulaire ne renferme ni ostéophytes, ni débris de cartilages. Elle contient une petite quantité de pus. Dans le

cul-de-sac inférieur et interne, le pus est mélangé à du sang. Les surfaces articulaires du fémur sont dépourvues de cartilage. Le tissu osseux est ramolli par places ; sa surface présente des stries verticales sur la trochlée, et dirigées d'avant en arrière sur les condyles. Le condyle externe, débordé en grande partie en arrière et en dehors par la tubérosité correspondante du tibia, est déformé, irrégulier. Le rebord externe du condyle interne, a disparu. Sa surface articulaire, se continuant avec le fond de l'espace intercondylien, qui présente aussi des crêtes et des rainures antéro-postérieures, a une étendue transversale de 5 centimètres. Le tibia présente des déformations considérables de son épiphyse, surtout en dedans. Les cartilages semi-lunaires et les cartilages d'encroûtement ont disparu. Le tissu osseux, très vasculaire, renferme de petits abcès, les alvéoles sont dilatées et remplies de moelle rougeâtre ou puriforme. Le plateau tibial est formé de deux plans : l'un horizontal, formé par la tubérosité externe et l'épine du tibia, augmentée de volume et rugueuse ; l'autre ayant 7 centimètres de diamètre transversal, fortement oblique en bas et en dedans, légèrement concave dans le même sens. La tubérosité interne du fémur frotte sur cette surface osseuse, tandis que l'épine du tibia correspond au fond de l'espace inter-condylien. La rotule a perdu son cartilage, sa surface est irrégulière. Son diamètre transversal est de 8 centimètres.

Les ligaments croisés n'existent plus. Les ligaments latéraux persistent, résistants, mais infiltrés. Le ligament postérieur est perforé par un trajet fistuleux, près du condyle interne. Sur le bord externe de la rotule, vient s'ouvrir un trajet fistuleux ; enfin, sur la face antérieure du tibia, se trouve un petit trajet inter-osseux, communiquant avec un petit abcès sous-cutané, d'où partent deux trajets fistuleux, l'un se dirigeant vers la peau ; l'autre, contournant l'extrémité supérieure du tibia pour aller communiquer avec un trajet fistuleux de la partie interne du creux poplité.

La synoviale est tapissée de végétations mollasses, surtout

nombreuses autour de la rotule et dans les culs-de-sacs latéraux. Les tissus périphériques sont infiltrés de sérosité et de pus. Muscles pâles et atrophiés.

OBSERVATION II. (Inédite.)

OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE DU GENOU.

C. R..., cultivateur dans l'Isère, 58 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle St-Martin, service de M. le professeur Poncet.

Rien dans ses antécédents héréditaires, son père et sa mère n'ont jamais eu la moindre trace de tuberculose.

Quant à lui il a toujours eu une bonne santé. En 1867, dysenterie légère. Il s'enrhume assez facilement tous les hivers.

Il se présente actuellement pour une affection tuberculeuse du genou. Il y a huit mois, sans aucune cause, il a ressenti quelques légères douleurs dans cette articulation. Croyant à de simples douleurs rhumatismales, il continua son travail sans que son genou augmentât considérablement de volume. Ce n'est qu'il y a cinq mois seulement que le gonflement apparut. C'était, selon le malade, une sorte d'empâtement péri-articulaire. Les mouvements étaient légèrement douloureux mais n'empêchaient pas absolument la marche.

Le gonflement augmenta cependant avec une certaine rapidité, les douleurs s'accrurent et le malade rentra à l'hôpital. En deux mois le genou était devenu énorme.

Etat actuel. — Le genou est globuleux et d'un volume extrêmement considérable. Dans les culs-de-sac de la synoviale on sent des fongosités abondantes envahissant tout l'article.

Le creux poplité lui-même présente un empâtement très marqué.

A la partie interne de la jambe, le malade ressent une vive douleur quand on passe sur le condyle du tibia. A la partie externe, la douleur est moins vive mais existe légèrement aussi.

Pas de ganglions inguinaux.

Les mouvements sont assez bien conservés. La jambe est en légère flexion sur la cuisse, mais les mouvements s'exécutent sans trop de douleur. Pas de fistules. Atrophie prononcée des muscles de la cuisse et de la jambe.

Rien aux poumons.

Le malade refuse absolument toute opération.

OBSERVATION III. (Inédite.)

OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

F..., âgée de 55 ans, propriétaire aux environs de Lyon, se présente à la visite de M. le professeur Poncet.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu deux enfants : l'un est âgé de 36 ans, l'autre de 32 ans, tous les deux en bonne santé. Ni syphilis, ni rhumatisme. Sa santé a toujours été excellente.

Au mois de novembre dernier, c'est-à-dire il y a environ trois mois, une légère douleur se fit sentir dans l'articulation tibio-tarsienne sans traumatisme d'aucune sorte pour l'expliquer. Cette sensation douloureuse était assez forte pour obliger la malade à quitter son travail pendant quelques jours, puis

elle recommença à marcher, bien que son pied fut légèrement raide. La douleur se faisait toujours sentir au même point, au niveau de la malléole externe.

Quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, elle s'aperçut que son pied était légèrement enflé, les douleurs devinrent plus vives et la marche, de pénible qu'elle était au début, devint absolument impossible.

Il y a huit jours enfin les douleurs redoublèrent d'intensité, le gonflement augmenta considérablement et la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — La région tibio-tarsienne est le siège d'un gonflement très considérable. Les tissus périarticulaires sont empâtés, très douloureux. La synoviale paraît être remplie de fongosités dans tous les joints accessibles à la palpation ; elle est très épaisse.

Sur la malléole externe, au joint même qui, au dire de la malade, avait été trois mois auparavant le siège de la douleur initiale, on sent une fluctuation très nette. La peau est amincie et violacée et la pression même légère détermine une forte douleur. Il n'y a pas de fistules. Pas de déplacement du pied. La jambe n'a pas notablement diminué de volume.

Les mouvements provoqués sont excessivement pénibles.

Pas de signes de tuberculose pulmonaire.

La malade n'accepte pas d'opération.

OBSERVATION IV. (Inédite.)

P..... Etienne, 63 ans, jardinier, né dans l'Isère, entre le 4 novembre 1892, salle Saint-Martin, service de M. le professeur Poncet.

Père et mère morts d'affections indéterminées mais à un âge très avancé.

Un frère mort phtisique vers 32 ans. N'a eu qu'un fils bien portant d'ailleurs. Jamais de maladie antérieure jusqu'à ces trois dernières années. A cette époque, il a ressenti des douleurs dans le genou droit, elles étaient accompagnées d'une tuméfaction générale de l'articulation. Elles ont duré un mois et ont cédé, ainsi que le gonflement, à l'emploi de topiques.

Il y a trois semaines, il a remarqué une petite grosseur siégeant à la partie externe du genou droit. Il pouvait encore remuer la jambe et avait des douleurs tolérables. Il y a quatre ou cinq jours seulement, il s'est établi une fistulette un peu en dehors et au-dessous de l'épine tibiale antérieure. Le malade dit qu'à partir de cette époque, les douleurs sont devenues plus fortes et les mouvements impossibles.

Actuellement, énorme gonflement en fuseau de l'articulation. On sent un coussinet pseudo-fluctuant, surtout marqué en dedans de la rotule et c'est en ce point, au dire du malade, que les douleurs sont le plus vives. Il y a également de l'empâtement au-dessous de la rotule et vers son bord externe, mais moins marqué. La jambe est en demi-flexion sur la cuisse; les mouvements sont impossibles et toute tentative d'extension s'accompagne d'un certain degré de résistance et de très fortes douleurs. La peau est luisante et amincie.

Appétit mauvais, toux légère. A l'auscultation, obscurité de respiration aux deux sommets, mais pas de râles.

6 novembre, amputation de cuisse. Guérison du malade.

A l'examen de la pièce. — Tuberculose articulaire à marche galopante, affection datant de trois semaines. Tuberculose épiphyse des deux côtés. A l'ouverture de l'articulation liquide sero-purulent abondant. Fongosités végétantes intra-articulaires. Chemosi fongueux périrotulien. Tubercules péri-articulaires à la limite du cartilage diaphysaire et de l'épiphyse du fémur pouvant loger un pois. Dans l'épiphyse du tibia masse caseuse du volume d'une noisette.

OBSERVATION V. (Inédite.)

TUMEUR BLANCHE DU GENOU DROIT.

V..... Claude, 70 ans, marchand de chiffons, né à Chevinay, département du Rhône, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Philippe, service de M. le professeur Poncet, le 9 novembre 1892. Le malade est cachexié.

Depuis une dizaine d'années, il a, dit-il, des douleurs dans la jambe droite ; mais il y a sept à huit mois seulement que le malade ne peut pas travailler et qu'il a remarqué du gonflement du genou.

Actuellement la jambe est en légère flexion sur la cuisse et les essais d'extension complète sont douloureux. Le cul-de-sac supérieur est le siège d'un gonflement énorme et il y a à ce niveau une fluctuation nette. L'empatement est à peine marqué au niveau des parties latérales et inférieures de l'articulation. Epaississement marqué du tibia.

14 novembre, amputation de cuisse. On trouve dans l'articulation une grande quantité de pus. La rotule a été détruite au niveau de son bec par des lésions profondes. Tubercule énorme du condyle interne se prolongeant dans le canal médullaire. De même, lésions tuberculeuses énormes du côté du tibia remontant très haut vers le corps de l'os. Muscles gras et jaunâtre.

Mort de tuberculose pulmonaire le 19 novembre. On trouve beaucoup de tubercules dans le poumon et des adhérences considérables.

OBSERVATION VI.

(Moty, 7^e Congrès de chirurgie.)

D..., militaire retraité, 57 ans, entré le 22 septembre 1892 à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce pour des lésions très étendues du pied droit. Nous relevons dans ses antécédents une contusion du genou du même côté par suite d'une chute de cheval, contusion simple, sans aucune plaie cutanée, mais qui a été suivie d'arthrite chronique avec épanchements persistants encore aujourd'hui, 20 ans après l'accident. De plus, il dit avoir eu pendant l'hiver 1891-92 plusieurs bronchites assez sérieuses ; le logement qu'il occupe depuis 1884 ne laisse rien à désirer au point de vue de l'aération. Dans les premiers jours de juillet 1892 et sans cause appréciable le pied droit devient douloureux et s'engorge. Les pointes de feu appliquées parurent sans action et en août et septembre on dut à trois reprises pratiquer des ouvertures d'abcès au bord interne et externe du pied et enlever par la dernière incision quelques fragments osseux nécrosés ; cependant son état continue à s'aggraver, et voici le résultat de notre examen à son entrée au Val-de-Grâce.

Etat général mauvais, sénilité précoce, cheveux complètement blancs, rien aux viscères, rien aux épидидymes, fait fréquent chez le vieillard.

Le pied droit complètement fongueux est ankylosé dans l'extension, porte cinq fistules suppurantes dans la région tarsienne ; la jambe n'est pas œdématiée, mais est distendue par un épanchement assez considérable. Les surfaces articulaires sont rugueuses, la peau qui les recouvre est un peu plus chaude que du côté opposé. Il y a enfin, du côté externe de la cuisse, un œdème plus blanc, remontant jusqu'au trochanter. Je pose le diagnostic d'ostéite tuberculeuse des os du tarse et d'arthrite sèche ancienne du genou. Je préviens le malade que le sacrifice de son membre paraît indispensable et que

l'état du genou oblige à une amputation de cuisse sous peine d'aboutir à un résultat fonctionnel des moins satisfaisants et je lui prescrivis immédiatement de l'huile de foie de morue créosotée.

Le 28 octobre, je fais sous le chloroforme l'amputation de la cuisse par le procédé circulaire avec ischémie préalable. Hémostase facile, chauffage du tissu cellulaire infiltré au thermo-cautère, suture profonde et superficielle ; deux drains.

Le malade sort le 21 complètement guéri.

A la date du 25 mars il m'écrit qu'il est complètement guéri, qu'il marche avec son appareil et le supporte bien.

Examen des pièces. — Orteils et métatarsiens intacts, mais le deuxième cunéiforme présente une raréfaction évidente de son tissu. Le cuboïde et le scaphoïde sont intacts, mais le calcaneum et l'astragale sont soudés entre eux et présentent tout autour de leur ancienne articulation des foyers d'ostéite caséifiante qui se propagent sur le calcaneum, du côté du tendon d'Achille. Stalactite osseuse au côté interne de l'astragale et effondrement de sa face calcanéenne, de telle sorte que la surface opposée à la portion péronière de la mortaise surplombe une sorte d'ulcération osseuse astragalo-calcanéenne ; il reste un noyau sain, du volume d'une noisette, au centre de l'astragale. Enfin la partie articulaire supérieure de cet os porte un grand nombre d'érosions, dont la plupart sont régulièrement circulaires et creusées en verre de montre et dont quelques-unes pénètrent profondément vers les foyers d'ostéoporose voisins. Le cartilage articulaire a disparu. Le péroné offre une hyperostose périostique en stalactites agminées recouvrant toute sa portion malléolaire et remontant en s'effaçant jusqu'à la partie moyenne de l'os ; on distingue très bien les limites de l'os ancien non nécrosé ; le cartilage articulaire est résorbé et la surface sous-jacente érodée comme celle de l'astragale. Mêmes lésions plus avancées du côté du tibia, qui offre vers l'articulation tibio-péronière une petite portion d'os en voie de se séquestrer, la couche osseuse périostique de nouvelle formation atteint 4 millimètres

d'épaisseur, et se détache assez facilement de l'os ancien; cette lésion remonte jusqu'au tiers moyen du tibia, elle reste plus accusée en arrière et en dedans.....

OBSERVATION VII.

SCAPULALGIE SUPPURÉE. RÉSECTION DE L'ÉPAULE.

(Foulquier, Paris, 1885.)

Le nommé Th..., (Pierre-Jules), âgé de 45 ans, entre en 1884, dans le service de M. Tillaux, à l'hôpital Baujon.

Il a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans. Petite vérole à 21 ans. Pas d'autres maladies antérieures; pas de symptômes de scrofule ou de tuberculose.

En 1872, le malade, à la suite de fatigues répétées de l'articulation de l'épaule droite, a eu un hygroma de la bourse séreuse sous-deltoidienne. Les mouvements de l'articulation étaient gênés, la région était tuméfiée, sans changement de coloration. Le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Tillaux, qui lui fit, dans l'espace de vingt-et-un jours, trois ponctions qui donnèrent issue à un liquide citrin. Les ponctions furent faites à la partie externe du col de l'humérus et suivies d'injection iodée. Le malade put reprendre son travail sans éprouver dans l'épaule autre chose qu'un peu de gêne dans les mouvements d'élévation du bras. L'état est resté stationnaire jusqu'à l'an dernier.

Au mois de juillet 1883, à la même place que la première fois, c'est-à-dire à la partie supérieure et externe du bras dans la région deltoïdienne, est survenue une tuméfaction assez volumineuse, sans changement de coloration des téguments, avec gêne presque complète des

mouvements du bras. Pas de douleurs. M. Tillaux fit une nouvelle ponction, qui donna issue au même liquide que la première fois. La tuméfaction se reproduisit et s'ouvrit spontanément. A ce moment, abolition complète des mouvements et douleurs vives dans l'articulation, ce qui décida le malade à entrer à l'hôpital le 6 octobre. M. Tillaux fit une incision verticale, longue de 11 centimètres, pour pouvoir pénétrer dans la cavité et ruginer la surface. Sortie du malade le 6 novembre, la plaie fermée, mais les douleurs ont persisté avec abolition complète des mouvements de l'articulation. Au mois de décembre, un orifice fistuleux s'est établi à la partie externe du bras et a donné issue, depuis ce moment, à un liquide purulent. Cet état stationnaire, joint à l'impotence du membre, oblige le malade à rentrer à l'hôpital Beaujon.

Etat actuel. — La région malade est plus volumineuse que l'épaule saine du côté opposé. La peau est normale. La pression est douloureuse à la partie supérieure de l'articulation ; le bras est dans l'abduction : les mouvements d'abduction sont très limités, les mouvements communiqués, très douloureux ; ils sont un peu plus libre dans le sens antéro-postérieur, quoique toujours très douloureux, à la face externe du bras, on constate deux orifices fistuleux, dont le supérieur donne lieu à un écoulement purulent assez notable. Le malade éprouve des douleurs sourdes, intermittentes, dans l'articulation. L'impotence de l'articulation, date de six mois ; elle a été progressive, et actuellement, le malade soutient son bras affecté avec le bras sain. La pression fait soudre de l'orifice fistuleux, du pus séreux, peu épais.

Rien dans l'articulation acromio-claviculaire, sauf de vives douleurs au-dessous.

27 février 1884. *Opération.* — M. Tillaux procède à la résection de la tête humérale. Pour cela, incision verticale dans la cicatrice de l'ancienne incision. On trouve une capsule épaisse, le cartilage articulaire a disparu de la tête, qui est inégale, fongueuse, vascularisée, raboteuse. Le cartilage a aussi disparu sur la cavité glénoïde, mais non complète-

ment. L'acromion est également le siège d'ostéite fongueuse. M. Tillaux le fait sauter avec la pince coupante ; cette lésion provoquait antérieurement de vives douleurs à la pression dans ce joint. Suture de la plaie, et pansement de Lister.

29 mars. Malade quitte l'hôpital, ne souffrant pas de l'épaule.

7 avril. Revient pour se faire panser. Il persiste un orifice fistuleux, donnant issue à un peu de sérosité. Le malade a repris des forces et mange bien. Toutefois, cette amélioration n'est que passagère, le poumon est envahi par des tubercules, et au mois d'août 1884, le malade s'étant de nouveau présenté, on trouve des signes nets de tuberculose.

OBSERVATION VIII.

MAL DE POTT, PRÉSENTÉ PAR QUENU A LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE.

(Thèse de Laconche, Bordeaux, 1882.)

P. M..., blanchisseuse, 72 ans, est paralysée de ses deux membres inférieurs.

Ses antécédents tant personnels qu'héréditaires sont excellents, elle n'a jamais fait aucune maladie ; les 3 enfants qu'elle a eus sont tous vivants et bien portants et ses parents sont morts vieux 60 à 73 ans. Sa maladie a commencé, il y a sept mois, par des douleurs dans le dos, puis, peu après est survenue une déviation de la colonne vertébrale, la faiblesse des jambes et des élancements la privaient de sommeil pendant plusieurs nuits. En même temps, la paralysie a progressé rapidement et a condamné la malade à l'immobilité absolue.

Actuellement la paraplégie du mouvement est complète. La sensibilité qui persiste en certains endroits est complètement

anéantie dans la plus grande partie des membres inférieurs ; les mouvements réflexes sont exagérés, la vessie et le rectum sont paralysés. Il existe une eschare peu profonde à la région sacrée et au talon droit. Les membres inférieurs sont considérablement œdématisés.

La malade ressent encore des douleurs dans les deux jambes ; leur intensité est toutefois moins grande que les premiers jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital ; elle accuse en outre des fourmillements et une sensation de froid dans les pieds.

La colonne vertébrale vers la 4^e ou 5^e dorsale est considérablement incurvée et trois ou quatre vertèbres semblent avoir pris part à cette déformation.

P... a beaucoup maigri depuis quatre mois, elle a le teint jaune paille qu'elle n'avait pas, prétend-elle, avant sa maladie.

M. Desnos avait diagnostiqué d'abord une carie vertébrale due peut-être à la scrofulose qu'on observe parfois chez des vieillards : mais plus tard, la persistance des douleurs dans les membres paralysés, la courbure à grand rayon de la colonne vertébrale, l'âge, l'amaigrissement rapide et le teint nous avaient fait penser à un cancer du rachis.

La malade meurt le 2 juin.

Autopsie. — Une fois la cavité rachidienne ouverte et la moelle enlevée, on constate que le corps vertébral de la 4^e dorsale est en grande partie détruit. Plus de trace de ligament vertébral postérieur, de sorte qu'il y a entre la 3^e et la 5^e dorsale une cavité anfractueuse à travers laquelle les ligaments vertébraux antérieurs et la plèvre épaissie forment paroi en avant, tandis que le contenu caséux vient en arrière se mettre en contact direct avec la duremère. Rien dans les autres corps vertébraux.

Au niveau du foyer, la dure-mère est recouverte à sa face antérieure d'une plaque jaunâtre caséuse. Nulle part de tubercules.

Poumons sans tubercules. A la valvule mitrale un peu

d'endocardite. Pas de thrombose dans les membres inférieurs.

Nous nous sommes assurés, après enlèvement de la moelle, que celle-ci ne pouvait pas être comprimée par une portion d'os au niveau de la déviation.

CONCLUSIONS.

I. — Les ostéo-arthrites sont plus fréquentes chez les gens âgés et chez les vieillards qu'on ne le croit généralement. On remarque que d'emblée elles peuvent se présenter avec les caractères d'une tuberculose locale et il s'agit, certainement, d'une infection bacillaire primitive. Dans d'autres circonstances il s'agit d'une ancienne lésion de nature rhumatismale, à n'en pas douter d'après les antécédents du malade, lésion qui, après des mois, souvent même des années d'indolence relative, subit une véritable dégénérescence tuberculeuse. Des faits de ce genre ne sont pas rares et nous avons souvent entendu notre Maître M. le professeur Poncet, signaler des relations évidentes entre le rhumatisme et la tuberculose. Maintes fois, en effet, on trouve dans les antécédents du malade des manifestations rhumatismales antérieures et parfois des attaques de rhumatisme articulaire aigu.

II. — Au point de vue clinique, l'évolution de la tuberculose chez les gens âgés se présente volontiers sous deux formes : dans la première variété, la marche

des accidents locaux est relativement lente; dans la seconde, qui nous paraît la plus fréquente surtout lorsqu'il s'agit de gens avancés en âge (passé 60 ans), la tuberculose a maintes fois une marche aiguë, soit que des lésions existant déjà depuis quelque temps aient pris brusquement une allure rapide, soit que d'emblée la tuberculose ait revêtu une marche aiguë.

On trouve alors à l'autopsie des lésions beaucoup plus étendues que ne pouvait le faire supposer l'examen clinique, elles ont le plus souvent un caractère diffus et empiètent sur le squelette à une hauteur que l'on ne pouvait supposer.

III. — D'une manière générale plus le sujet sera âgé, plus les lésions auront évolué rapidement et paraîtront être diffuses, plus le traitement devra être radical. Au point de vue de la conduite à tenir en présence d'ostéo-arthrites tuberculeuses chez les vieillards nous devons faire des distinctions importantes suivant le siège des articulations envahies. Mais, conformément à la pratique de M. le professeur Poncet, nous nous déclarons opposé aux opérations conservatrices : cautérisations péri et intra-articulaires, curettage, évidemment, résection... etc... Il faut de toute nécessité remonter dans des tissus absolument sains et dès lors donner la préférence à l'amputation sur les autres méthodes de traitement.

Pour le membre inférieur, les ostéo-arthrites tuberculeuses du tarse, lorsqu'on n'intervient pas hâtivement et à une époque très rapprochée du début des accidents, lorsqu'en un mot la lésion n'est pas très

nettement localisée, exigent la désarticulation totale du pied à laquelle on doit toujours donner la préférence sur l'amputation de la jambe, quel que soit le niveau où on la pratique.

Quant aux ostéo-arthrites du genou, elles exigent d'emblée le sacrifice du membre par l'amputation de la cuisse.

Les coxalgies, en dehors du traitement symptomatique, ne sont malheureusement pas justiciables d'une intervention chirurgicale véritablement curative.

Pour le membre supérieur, les ostéo-arthrites interphalangiennes des doigts exigent naturellement comme celles des orteils, l'amputation dans la contiguïté pratiquée dans l'articulation saine susjacent. Mais, lorsque les métacarpiens et le carpe seront envahis, les indications de l'amputation de l'avant-bras deviennent de plus en plus nombreuses, surtout si le malade est âgé et si les lésions sont diffuses.

Pour le coude, la possibilité d'enlever tout ou la plus grande partie du squelette malade, enfin les bons résultats donnés chez les sujets âgés, par la résection du coude, doivent la plupart du temps faire donner la préférence à cette dernière opération sur l'amputation. Il faudra, en pareil cas, tenir compte non seulement de l'âge avancé du sujet, mais surtout de son état général, de sa force de résistance, de la forme de tuberculose articulaire, etc. Enfin, dans le doute, on peut toujours comme première opération, tenter une résection et il sera temps plus tard de pratiquer une amputation.

M. le professeur Poncet nous a cité deux observa-

tions de résection du coude, pratiquées l'une chez un homme de 66 ans, l'autre chez une femme de 69 ans, pour ostéo-arthrite tuberculeuse, qui non seulement ont guéri, mais encore conservé un membre très utile.

Pour l'épaule, le pronostic de l'ostéo-arthrite est plus grave par suite de l'impossibilité de détruire sérieusement la lésion de l'omoplate, de même que celle de l'os iliaque dans la coxalgie. La désarticulation du bras pourrait alors devenir l'opération de choix, mais nous manquons d'éléments nécessaires pour juger cette question.

VU : P^r LE DOYEN,

L'ASSESEUR,

A. GAYET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PONCET.

Permis d'imprimer

Lyon, le 4 décembre 1893.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

